СТАНДАРДНЕ ОПЕРАТИВНЕ ПРОЦЕДУРЕ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ НЂЕГЕ НА ПРИМАРНОМ НИВОУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

СТАНДАРДНЕ ОПЕРАТИВНЕ ПРОЦЕДУРЕ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ НЊЕГЕ НА ПРИМАРНОМ НИВОУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Сарајево, 2022.

Аутори

Слађана Врањеш, дипл. медицинар здравствене његе

Мирјана Јанковић, дипл. медицинар здравствене његе

Мр Душка Јовић, дипл. медицинар здравствене његе

Весна Вујић-Алексић, др мед., спец. клиничке фармакологије

Сандра Милошевић, дипл. менаџер економије

Доц. др Даријана Антонић, дипл. менаџер у здравству

Рецензенти

Проф. др Ранко Шкрбић, декан медицинског факултета Бања Лука

Доц. др Санела Пивач, деканеса факултета за здравство Ангеле Бошкин, Јесенице

Издавач

FOR IMPROVING HEALTH CARE AND SOCIAL WELFARE
FONDACIJAfami
ZA UNAPREĐENJE ZDRAVSTVENE I SOCIJALNE ZAŠTITE

Фондација фами, Сарајево

Вишеградска 24

www.fondacijafami.org

За издавача

Дејан Средић

Лектorица

Александра Савић

Штампа

ГРАФОМАРК
Лакташи

Тираж

400

Ова публикација је израђена у оквиру Пројекта јачања сестринства у Босни и Херцеговини, у сарадњи са Министарством здравља и социјалне заштите Републике Српске.

Министарство здравља и
социјалне заштите
Републике Српске

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo

616-083(035)

STANDARDNE operativne procedure u oblasti zdravstvene njege na primarnom nivou zdravstvene zaštite / [autori Slađana Vranješ ... [et al.]. - Sarajevo : Fondacija Fami, 2022. - 440 str. : ilustr. ; 30 cm

Ćir. - Bibliografija: str. 435-440.

ISBN 978-9926-8678-0-5

1. Vranješ, Slađana

COBISS.BH-ID 48900614

САДРЖАЈ

Предговор 11

Увод 13

1. ИЗРАДА СТАНДАРДНИХ ОПЕРАТИВНИХ ПРОЦЕДУРА 15

I ПРИЈЕМ ПАЦИЈЕНТА

1. ИДЕНТИФИКАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА 22

2. ТРЕТИРАЊЕ ЛИЧНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ ИНФОРМАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА 23

3. ЗАКАЗИВАЊЕ И ПРИЈЕМ ПАЦИЈЕНТА У СЛУЖБУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ 28

4. ТЕЛЕФОНСКА ТРИЈАЖА И САВЈЕТОВАЊЕ 30

II КОНТРОЛА ИНФЕКЦИЈЕ

1. УПОТРЕБА ЛИЧНЕ ЗАШТИТНЕ ОПРЕМЕ 38

2. РАЦИОНАЛНО КОРИШЋЕЊЕ ЛИЧНЕ ЗАШТИТНЕ ОПРЕМЕ – COVID-19 49

3. ХИГИЈЕНА И ДЕЗИНФЕКЦИЈА РУКУ 56

4. ДЕКОНТАМИНАЦИЈА МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА 64

5. СТЕРИЛИЗАЦИЈА МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА 74

6. ЧИШЋЕЊЕ И ДЕЗИНФЕКЦИЈА РАДНИХ ПОВРШИНА 84

7. ПРЕВЕНЦИЈА И ПРОФИЛАКСА ИНФЕКЦИЈА КОЈЕ СЕ ПРЕНОСЕ ПУТЕМ КРВИ И ДРУГИМ ТЈЕЛЕСНИМ ТЕЧНОСТИМА 92

8. ПОСТУПАК СА ВЕШОМ 102

9. УПРАВЉАЊЕ МЕДИЦИНСКИМ ОТПАДОМ И ПОСТУПАК У СЛУЧАЈУ ПРОСИПАЊА 108

III ПРОЦЕДУРЕ МЈЕРЕЊА

1. АНТРОПОМЕТРИЈСКА МЈЕРЕЊА У ПЕДИЈАТРИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ 118

2. АНТРОПОМЕТРИЈСКА МЈЕРЕЊА У ОДРАСЛОЈ ПОПУЛАЦИЈИ 133

3. МЈЕРЕЊЕ ВИТАЛНИХ ФУНКЦИЈА 137

4. МЈЕРЕЊЕ ГЛУКОЗЕ ИЗ КАПИЛАРНЕ КРВИ 146

IV ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКОВА

1. УПРАВЉАЊЕ ЛИЈЕКОВИМА И МЕДИЦИНСКИМ СРЕДСТВИМА 152

2. СИГУРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 158

3. ОРАЛНА, СУБЛИНГВАЛНА И БУКАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 161

4. ПРИПРЕМА ЛИЈЕКА ЗА ПАРЕНТЕРАЛНУ ПРИМЈЕНУ 165

5. СУПКУТАНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 169

6. ИНТРАМУСКУЛАРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 172

7. ИНТРАВЕНСКА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 176
8. ДЕРМАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 180
9. ТРАНСДЕРМАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 182
10. ОКУЛАРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 186
11. АУРИКУЛАРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 190
12. НАЗАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 193
13. ИНХАЛАЦИОНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА 197
14. ПРИМЈЕНА ОКСИГЕНОТЕРАПИЈЕ 202

V ДИЈАГНОСТИЧКО-ТЕРАПИЈСКИ ПОСТУПЦИ

1. ПОСТУПАК СНИМАЊА ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА 208
2. УСПОСТАВЉАЊЕ ПЕРИФЕРНОГ ВЕНСКОГ ПУТА 210
3. ПРЕВЕНЦИЈА И ЊЕГА ДЕКУБИТУСА 219
4. ОБРАДА И ПРЕВИЈАЊЕ РАНЕ И ЛАКШИХ ОПЕКОТИНА 226
5. ТРЕТМАН УЛКУСА ДИЈАБЕТЕСНОГ СТОПАЛА 229
6. ЊЕГА ОСТОМИЈА 233
7. ТОАЛЕТА ТРАХЕОСТОМЕ 238
8. ПЛАСИРАЊЕ, ТОАЛЕТА И ДЕПЛАСИРАЊЕ УРИНАРНОГ КАТЕТЕРА КОД ЖЕНА 242
9. ИСПИРАЊЕ УХА 254
10. ПОСТАВЉАЊЕ ФИКСАЦИЈСКОГ ЗАВОЈА 256
11. ПОСТУПЦИ ИМОБИЛИЗАЦИЈЕ 258

VI УЗОРКОВАЊЕ МАТЕРИЈАЛА ЗА ЛАБОРАТОРИЈСКУ АНАЛИЗУ

1. УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ КРВИ 266
2. УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ УРИНА 269
3. УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ СПУТУМА 273
4. УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ ФЕЦЕСА 275
5. УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ БРИСЕВА 278

VII ПРОМОТИВНО-ПРЕВЕНТИВНИ РАД

1. ПРОЦЈЕНА И ПРОФИЛИРАЊЕ ЗАЈЕДНИЦЕ 284
2. ПРОМОТИВНИ РАД МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА 286
3. ЕДУКАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА О ПРАВИЛНОЈ ПРИМЈЕНИ ЛИЈЕКА 288
4. ПРЕГЛЕД СТОПАЛА И ПРОЦЈЕНА РИЗИКА ОД НАСТАНКА ДИЈАБЕТЕСНОГ СТОПАЛА 291
5. САВЈЕТОВАЊЕ ПАЦИЈЕНТА ОБОЉЕЛОГ ОД ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУСА О ЊЕЗИ СТОПАЛА 295
6. ПРОЦЈЕНА РИЗИКА И МЈЕРЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ ОД ПАДА У КУЋИ 298
7. ПРОЦЈЕНА КОГНИТИВНОГ СТАТУСА ПАЦИЈЕНТА 306
8. ПРОЦЈЕНА УРИНАРНЕ И ФЕКАЛНЕ КОНТИНЕНЦИЈЕ 310
9. СВЕОБУХВАТНА ГЕРИЈАТРИЈСКА ПРОЦЈЕНА 319

VIII СИГУРНОСТ И КВАЛИТЕТ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЊЕЗИ

1. СИГУРНОСТ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА ПРИЛИКОМ ПРУЖАЊА УСЛУГА У КУЋИ ПАЦИЈЕНТА 330
2. УПРАВЉАЊЕ НЕЖЕЉЕНИМ ДОГАЂАЈИМА 332

IX ПРУЖАЊЕ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

1. КРИТЕРИЈИ ЗА АНГАЖОВАЊЕ СОЦИЈАЛНОГ РАДНИКА 342
2. УСЛОВИ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА КОРИСНИКА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЊЕГУ У КУЋИ 344
3. ПОСТУПАЊЕ У СЛУЧАЈУ НАСИЉА 346
4. ПОЛОЖАЈ МАЈКЕ И НОВОРОЂЕНЧЕТА ПРИЛИКОМ ПОДОЈА 351
5. ПОДРШКА ДОЈЕЊУ НОВОРОЂЕНЧЕТУ И МАЈЦИ 356
6. ОБРАДА ПУПКА КОД НОВОРОЂЕНЧЕТА 369
7. ОБРАДА УСНЕ ДУПЉЕ ДОЈЕНЧЕТА КОД SOOR-a 373
8. ПОДИЗАЊЕ И ПРОМЈЕНА ПОЛОЖАЈА ПАЦИЈЕНТА 375
9. ЗДРАВСТВЕНА ЊЕГА ПАЦИЈЕНТА С ПЕРКУТАНОМ ЕНДОСКОПСКОМ ГАСТРОСТОМОМ 379
10. ПРУЖАЊЕ ПАЛИЈАТИВНЕ ЊЕГЕ 383
11. ПОСТУПАЊЕ С УМРЛИМ У КУЋИ 386

X ЗБРИЊАВАЊЕ ХИТНИХ СТАЊА

1. СПРОВОЂЕЊЕ БАЗИЧНЕ КАРДИОПУЛМОНАЛНЕ РЕАНИМАЦИЈЕ 390
2. ПОСТУПАК КОД АНАФИЛАКТИЧНЕ РЕАКЦИЈЕ 394

XI ДОКУМЕНТАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ

1. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ 400
2. ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ 423

ЛИТЕРАТУРА 435

РЕЦЕНЗИЈА

Приручник *„Стандардне оперативне процедуре за примарни ниво здравствене заштите“* је изузетно важан професионални документ за медицинске сестре-техничаре у здравству Републике Српске. Ради се о првом приручнику ове врсте који представља сублимацију стеченог знања и вјештина неопходних у свакодневном раду у тиму породичне медицине, а сходно повећању компетенција и одговорности медицинских сестра-техничара у њези болесника на примарном нивоу здравтсвене заштите.

Данас се на сестринство мора гледати као на научну област будући да здравствена њега као специфично подручје рада медицинских сестара-техничара захтјева стручност која је заснована на научним доказима. Здравтсвена њега је основа сестринства као науке, што значи да сестринство није само продужетак докторске професије већ обухвата теорију, праксу и истраживање. Провођење здравствене његе искључиво на традиционалним знањима и увјерење да медицинске сестре-техничари раде најбоље што могу сходно расположовим ресурсима више није довољно јер сестринска теорија и пракса морају имати научну утемељеност у резултатима истраживања, а у клиничкој пракси оне морају моћи документовати процес здравтсвене његе и њене исходе. Развојем образовања медицискних сестара-техничара у Републици Српској и стицањем високе стручне спреме сестре-техничари преузимају нове одговорности и улоге што захтјева усвајање принципа и вјештина одлучивања које је засновано на доказима.

Приручник предствља сублимацију знања и искуства преточеног у стручни документ који обухвата све најважније процесне активности сестринства у примарној здравственој заштити. Као такав, стандардне опеативне процедуре предствљају изузетно важан едукативни материјал који ће се користити као стручна литература како у додипломској, тако и послиједипломској едукацији медицинских сестара-техничара на универзитетима у Републици Српској.

Прилика је да се на овом мјесту лично звахвалим *„Пројекту јачања сестринства у Босни и Херцеговини"* који спроводи Фондација Фами са Женевском Универзитетском болницом, а уз подршку Швајцарске агенције за развој и сарадњу за допринос у реализацији и имплементацији пројектних активности на начин како су то дефинисала професионална стручна удружења, а у циљу подизања квалитета здравствене његе на добробит и у корист пацијента којима је таква њега потребна. Овај приручник је најбољи доказ успјешно реализованог пројекта и потврда његове оправданости у циљу јачања сестринства као научне дисциплине.

Професор др Ранко Шкрбић

РЕЦЕНЗИЈА

Поштовани,

„Приручник са стандардним оперативним процедурама (СОП) за примарни ниво здравствене заштите у Републици Српској" веома је добро припремљено упутство и представља додатни извор знања за пружаоце здравствених услуга, смјернице које воде ка успјешном, сигурном, благовременом, ефективном и равноправном лијечењу и здравственој њези усмјереној на пацијента. Приручник се састоји од једанаест једнообразно структурисаних поглавља која на основу доказа, јасно и транспарентно, дефинишу сваку област и активност коју спроводе медицинске сестре-техничари.

Приручник је и алат за медицинске сестре-техничаре за рад у складу са стеченим образовањем и обуком у срединама у којима пружају сигурну, квалитетну и професионалну здравствену његу пацијентима. Како би се осигурало сигурно, квалитетно и професионално лијечење пацијената, потребно је придржавати се припремљених клиничких смјерница, протокола и стандарда те сматрам да је садржај приручника изузетно користан и важан за сестринску професију и сигурно лијечење пацијената.

Аутори јасно описују процес који води до одређеног циља, објашњавају појмове и скраћенице коришћене у приручнику, те користе стручну терминологију за постизање високог професионализма и униформности у сестринству. Садржај приручника обухвата опис активности и поступака заснованих на бризи за појединце свих узраста, за породице, групе и заједнице, за болесне и здраве, укључујући промоцију здравља, превенцију болести и бригу о болеснима и умирућима.

Стандардизација активности и поступака у приручнику даје јединствену основу за учење и рад са новозапосленим, ученицима и студентима, те пружа увид у рад у области сестринства.

Чињеница је да смо данас у Европи и широм свијета свједоци веома брзог развоја сестринске професије, обиљеженог процесима професионализације, увођења

сестринства заснованог на доказима и настојања да се повећа ефикасност, квалитет и професионалност здравствене заштите. То су процеси вођени брзим научним и технолошким развојем и потребама друштва које убрзано стари, тако да овај приручник представља одговоран приступ и важан допринос у области струке. Брзи развој науке у области сестринства захтијева од медицинских сестара континуирано учење и стицање нових знања, па је потребно одговорно и компетентно приступити развоју струке као научне дисциплине и стандардизовати процедуре и процесе рада.

Искрено вјерујем да је приступ који користе аутори приручника и креатори пројекта *„Пројекат јачања сестринства у Босни и Херцеговини"* важан допринос професионализацији сестринства и осигуравању сигурне здравствене заштите као темељне мисије свих запослених у области здравства као и у образовном систему – а то је брига о пацијентима. Израдом приручника дајете значајан допринос развоју сестринства као професије и научне дисциплине, развијате статус и будућност професије, доприносите развоју рада заснованог на доказима у сестринству и здравству, те промоцији здравља.

Свака част на модерном, систематичном и транспарентном приручнику.

Доц. др Санела Пивач

Поштовани/е,

пред вама се налази приручник „Стандардне оперативне процедуре здравствене његе у примарној здравственој заштити Републике Српске", који представља јединствен водич за свакодневни рад наших медицинских сетара-техничара.

Овај приручник комбинација је теоријских знања, али писан за практичну примјену – свакодневни рад, без сувишних информација и прилагођен нужности ефикасног дјеловања и рада са пацијентима. Корак по корак, у приручнику су објашњене стандардне оперативне процедуре које медицинске сестре/техничари изводе на примарном нивоу здравствене заштите. Надам се да ће овај приручник нашим здравственим радницима увијек бити при руци, да ће служити за брзо подсјећање на досљедно спровођење процедура и протокола који су у медицинским поступцима изузетно важни. Праћење задатих алгоритама, додатно даје самопоуздање здравственом раднику при извођењу интервенција, нарочито код хитних стања и нужности брзих реакција, чиме се постиже основни циљ нашег рада, а то је сигурна и квалитетна здравствена заштита за пацијента и превенција компликација.

Важно је напоменути да ће овај приручник бити обавезујући у примјени у нашим здравственим установама примарног нивоа здравствене заштите , али и на медицинским факултетима-студијски програм здравствене његе на којима се школују будуће медицинске сестре/техничари. Између осталог, тако се од првог дана свог школовања и каснијег рада стандардизује практично знање наших медицинских сестара и техничара што се уклапа у наше стратешко опредјељење стандардизације поступака у пружању здравствене заштите у Републици Српској.

Наше медицинске сестре и техничари посвећени су добробити пацијената и често су им најближи у њиховим најтежим животним стањима. Увођење нових дијагностичких и терапијских процедура, од њих захтјева цјеложивотно учење и стално усавршавање у лијечењу, али и њези болесника. Управо због тога њихова улога у здравственом систему све је сложенија и значајнија, што је препознато и унутар струковних удружења и организација.

У изради приручника значајан допринос дали су представници Министарства здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске, ЈЗУ Института за јавно здравство Републике Српске, Агенције за сертификацију, акредитацију и унапређење здравствене заштите Републике Српске, ЈЗУ Дома здравља Бијељина и Медицинског факултета, Универзитета у Бањој Луци.

Посебну захвалност дугујемо Фондацији фами, која спроводи пројекат „Јачање сестринства у БиХ", као и Влади Швајцарске која је препознала важност подршке овом пројекту.

У нади да ће и ова публикација допринијети нашој заједничкој мисији још боље доступности, уједначености и стандардизацији поступака у пружању здравствене заштите у Републици Српској, сигуран сам да ће нашим здравственим радницима бити додатни ресурс за њихов континуирани професионали развој.

Ален Шеранић, др мед.,

министар здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске

УВОД

Пружање услуга медицинских сестара-техничара је процес који обједињује промоцију здравља, превенцију болести и заговарање здравствене његе међу појединцима, породицама, групама у заједници и општој популацији. Такође, процес пружања услуга медицинских сестара-техничара обједињује науку и технологију са циљем осигурања што бољег исхода по здравље пацијената, примјеном медицине, засноване на доказима (евиденце-басед працтице), потребама пацијената/корисника здравствене заштите уз спровођење стручне експертизе и ефикасног коришћења ресурса. Забринутост пацијената/корисника за квалитет пружања здравствених услуга престаје уколико се успостави равнотежа обједињених елемената самог процеса.

С тог аспекта менаџмент квалитета здравствене заштите је значајан за медицинске сестре-техничара на свим нивоима здравствене заштите у циљу боље организације пружања услуга, имплементације нових метода и неопходних промјена, које ће водити унапређењу задовољства запослених и пацијената. Најбољи начин за постизање наведеног је стандардизација пружања услуга медицинских-сестара техничара. Када је у питању стандардизација пружања услуга медицинских сестара-техничара у области сестринске његе, спроводи се примјеном јасних смјерница које омогућавају да пружање услуга постаје предвидиво са описом специфичних ситуација на разумљив и систематичан начин. Дакле, смјернице доприносе унапређењу организационих процеса и резултата и на тај начин осигуравају контролу квалитета и континуитета у унапређењу квалитета здравствене заштите.

У ентитету Република Српска процес стандардизације пружања услуга медицинских сестара -техничара започео је у посљедњих неколико година. Тако је прије свега започео уједначавањем сестринске праксе на секундардном и терцијарном нивоу здравствене заштите, као и израдом приручника „Стандардних оперативних процедура (СОП) у сестринству на примарном нивоу здравствене заштите.“

Приручник, садржи -74-описаних стандардних оперативних процедура подијељених у --11- поглавља. Одређени број стандардних оперативних процедура је преузет из Приручника за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите, с тим што су неке

процедуре усаглашене са најновијим смјерницама и водичима. Надаље, при изради Приручника посебна пажња посвећена је сестринству у заједници, јер ова област пружања услуга медицинских сестара-техничара је у оснивању и неопходно је од самог почетка успостави добре стандарде за начин пружања услуга медицинских сестра-техничара у заједници.

Приручник иновативно, разумљивим стилом, технички и језички веома коректно са дидактичким приступом, утемељено, систематично, исцрпно и свеобухватно даје јасна појашњења и образложења, уз поједине процедуре и тако омогућује разумијевање проблематике па самим тим олакшава њихову примјену.

Приручник поред практичне и едукативне намјене преставља помоћно средство за рад, али то никако не значи да Приручник може замјенити професионалну процјену. Сестринске стандардне оперативне процедуре дефинишу сестринско поље дјеловања и Приручник пружа могућност унапређења компетенција и додатног образовања медицинских сестара-техничара.

Са задовољством и осјећајем професионалног поноса препоручујемо овај Приручник свим онима који се баве или ће се бавити пружањем услуга медицинских сестара –техничара на примарном нивоу здравствене заштите, јер сви могу много научити, сазнати и унаприједити своја знања.

ИЗРАДА СТАНДАРДНИХ ОПЕРАТИВНИХ ПРОЦЕДУРА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинисан је изглед, садржај и начин означавања докумената система управљања квалитетом у здравственој установи.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују сви који израђују документа система менаџмента у установи.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Процедура – документ који глобално описује поступак рада, одговорности, ресурсе, улазе, резултате и документацију за обављање процеса система менаџмента.

Радно упутство – документ који детаљно описује начин спровођења конкретних активности или описује елемент система менаџмента.

Образац интерног поријекла – документ, утврђен унутар установе, који омогућује стандардизовано вођење записа.

Напомена – постоје записи за чију се израду користе обрасци екстерног поријекла, као и записи који се формирају у слободној форми (не користи се никакав образац).

Ознака документа – јединствена идентификација документа у систему докумената.

2.2. Скраћенице

ПР – процедура, општа ознака. Документ који спада у ову класу може се односити на процесе у систему менаџмента (набавка, на примјер), али и на процесе дијагностике и/или лијечења пацијената.

УП – радно упутство, општа ознака. Документ који спада у ову класу може се односити на активности у систему менаџмента (на примјер, упутство за завођење приспјеле поште), на дешавања у вези с пацијентом (на примјер, упутство за узимање крви из вене), методе лабораторијских испитивања, руковање опремом (на примјер, упутство за рад на конкретном апарату) и друго.

ОБ – стандардизовани образац интерног поријекла.

3. ИЗГЛЕД ДОКУМЕНАТА

3.1. Општа правила за израду докумената

3.1.1. Формат документа

Документа се израђују на усправном или положеном папиру формата А4, коришћењем заглавља за прву страну и заглавља за остале стране. Маргине на страници су: горе – 2 cm; доље – 1,5 cm; десно – 2 cm; лијево – 2 cm.

По правилу, све стране документа имају заглавље. Идентификација документа остварује се преко информација и ознака које се уносе на заглавље прве стране и заглавља осталих страна документа. Изузетно, ако коришћење заглавља није погодно или потребно, документ може и да нема заглавље, с тим да општа правила за идентификацију и даље важе.

Заглавље прве стране (слика 1) садржи сљедеће податке: (1) лого установе, (2) пун назив установе, (3) ознаку документа у систему менаџмента, (4) назив документа, (5) број стране и укупан број страна, (6) број издања, (7) датум од кога издање документа важи (од када је у примјени) и (8) потпис особе која је одобрила документ.

Слика 1. Изглед заглавља прве стране докумената система менаџмента

<table>
<tr><th>Лого установе</th><th colspan="2">Пун назив установе</th><th>Ознака документа</th></tr>
<tr><td colspan="4">Назив документа</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Страна _ од _</td><td>Издање:</td><td>Важи од:</td><td>Одобрио:</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

Заглавље друге и осталих страна документа (слика 2) садржи сљедеће податке: (1) лого установе, (2) број стране и укупан број страна, (3) број издања, (4) датум од кога издање документа важи (од када је у примјени) и (5) ознаку процедуре / радног упутства у систему менаџмента.

Слика 2. Изглед заглавља друге и осталих страна докумената система менаџмента

<table>
<tr><th rowspan="2">Лого установе</th><th rowspan="2">Страна _ од _</th><th>Издање:</th><th>Важи од:</th><th rowspan="2">Ознака документа</th></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

3.1.2. Означавање дијелова текста

Текст документа рашчлањује се на највише пет нивоа:

HEADING 1,

Heading 2,

Heading 3,

Heading 4,

пасус.

Принцип означавања наслова дијелова текста и стил исписа приказани су у табели 1.

Подјела текста на тачке обавезна је, а даља рашчлана врши се у складу с потребама. При томе, није дозвољено постојање „висећих поглавља" тј. дијелова текста који нису означени на исти начин као други дијелови истог нивоа у оквиру дијела текста вишег нивоа.

Табела 1. Рашчлана текста документа

Ниво рашчлане текста	Ознака	Стил исписа
HEADING 1	**1**	слова величине 12 типографских тачака, болд, велика слова (верзал)
Heading 2	**1.1**	слова величине 12 типографских тачака, болд
Heading 3	***1.1.1***	слова величине 12 типографских тачака, болд, италик
Heading 4	1.1.1.1	слова величине 12 типографских тачака, нормална.
Пасус	нема	слова величине 12 типографских тачака, нормална Одредба нема наслов, текст се наставља у истом реду.

Слике и табеле имају број и опис, који се постављају уз горњу ивицу, десно (како је дато у овом тексту).

Све странице документа нумеришу се, укључујући и прилоге. Изузетно, ако образац има само један лист, нумерација није потребна. Примјерци образаца који се дистрибуирају уз документ, ради копирања за примјену, не нумеришу се.

Приликом нумерисања, на сваку страницу уноси се редни број стране и укупан број страна.

Нумерација се наставља кроз цијели документ и његове прилоге. Изузетно, ако прилог представља самосталну цјелину (на примјер, прилог је заправо документ за себе), он може да има сопствену нумерацију.

3.1.3. Испис текста

Приликом излагања материје поштују се правила граматике и правописа српског језика. По правилу, у тексту се користе стандардизовани термини. У случају да се укаже потреба за коришћењем термина или скраћеница који нису стандардизовани, објашњење се даје у тачки 3 документа. Материја се излаже директно, без објашњавања теорије, са, по потреби, упућивањем на литературу, побројану у тачки 2 документа. У документу се могу користити слике, скице, табеле, дијаграми, примјери и друго, што је неопходно за постизање јасније изложене материје.

За испис текста користи се сљедећи стил:

- писмо – ћирилица/латиница (ијекавица);
- слова – нпр. „Calibri", величине 12 типографских тачака;
- проред између редова – једноструки (single);
- проред између пасуса – испред – „6 pt", иза – „0 pt", осим код набрајања, гдје други и остали наводи набрајања имају проред „3 pt", испред.
- поравнавање текста – обострано (justified), без увлачења почетка првог реда, осим када се нешто жели посебно истаћи, или кад уређивање текста захтијева другачије поравнавање.

Наслов документа који се наводи у заглављу прве стране исписује се словима величине 12 типографских тачака, **Bold**, *Italic*.

Примјери се исписују словима величине 10 типографских тачака, косим словима (*Italic*), а означавају називом „Примјер:", који се исписује словима величине 10 типографских тачака, **Bold**, *Italic*.

Сви називи докумената који се наводе у тексту стављају се у наводнике. Примјер: …*како је то описано у процедури „Пријем пацијената"*…

Положај текста на страници слободан је, а треба да буде у складу са жељама аутора да распоредом текста истакне неке његове дијелове. Истицање дијелова текста масним словима или подвлачењем дозвољено је, али се ограничава на најмању могућу мјеру.

Прилози се означавају са „Прилог <редни број прилога>". Ознака прилога уноси се у горњи лијеви угао странице на којој је прилог приказан.

Ознаке и називи образаца на које се документ позива у тексту исписују се словима величине 12 типографских тачака, *Italic*. Уколико се у тексту неки образац помиње више пута, дозвољено је навођење само његове ознаке или скраћеног назива. Примјер*: …за* шта треба користити образац ОБ – __ „Евиденција присуства на послу" …*касније у тексту само…* образац ОБ – _____…

Нумерација страница документа садржи редни број странице и укупан број страница. Нумеришу се све странице документа, укључујући и прилоге. Примјерци образаца који се дистрибуирају уз документ не нумеришу се.

3.2. Смјернице за формирање пословника, процедура и радних упутстава

3.2.1. Процедуре

3.2.1.1. Процедуре имају сљедећу структуру и редослијед излагања материје:

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Даје се опис материје (процеса) на коју се документ односи. Предмет процедуре детаљно се разрађује у тачки 4 документа.

1.2. Подручје примјене

Наводе се организационе цјелине, односно функције које су обавезне да примјењују процедуру, или процес, односно елемент система менаџмента на који се документ односи.

1.3. Надлежности за примјену

Наводе се функције у установи које су надлежне да примјењују документ. Такође се наводи функција надлежна за прописивање поступка рада и контролу примјене документа (власник процеса).

1.4. Искључења

Наводе се ограничења у примјени документа, ако их има (организационе цјелине, процеси, елементи на које се документ не примјењује).

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Наводе се дефиниције појмова карактеристичне за материју на коју се односи предметни документ, и то по правилу они појмови чије дефиниције нису дате у референтним документима, поменутим у тачки 2.

2.2. Скраћенице

Наводи се значење скраћеница које се користе у документу.

3. ОПИС ПОСТУПКА (ПРОЦЕСА РАДА)

Описује се ток процеса на који се документ односи, одговорности и овлашћења учесника у процесу, те потребни ресурси.

Гдје је то могуће, потребно је дефинисати начин верификације активности у току њихове реализације, као и форму записа у вези с реализацијом активности.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Наводе се сви прилози као што су, на примјер: дијаграми, скице, слике, примјери, итд.

4.2. Обрасци

Наводи се списак образаца (ознака и назив) чија је примјена описана у предметном документу.

5. ЗАПИСИ

Наводе се записи који настају у процесу примјене процедуре (број примјерака/копија и њихово кретање, мјесто и дужина архивирања). Подаци се уносе у сљедећу табелу:

Назив документа	Ознака обрасца	Документ формира	Број примјерака	Рок чувања	Мјесто чувања
(навести назив документа)	(дати ознаку обрасца на којем се документ формира, ако је образац стандардизован)	(навести ко припрема документ)	(број примјерака и њихови корисници)	(рок чувања оригинала)	(мјесто чувања оригинала)

3.2.1.2. Гдје је то потребно и погодно, у прилогу процедура даје се дијаграм тока процеса који процедура описује.

3.2.2. Радна упутства

Заглавља радних упутстава се не разликују од заглавља процедура (садрже исте елементе). Испод заглавља се наводи функција лица које обавља послове дефинисане радним упутством. Упутства немају дефинисане тачке садржаја, већ се текст излаже директно. Поступак рада се описује на начин као у процедури. Уколико су упутством предвиђени записи, на крају описа активности даје се табела са записима (као у тачки 5. процедура). Уколико су радним упутствима предвиђени обрасци интерног поријекла, они се прилажу уз упутства.

3.2.3. Обрасци

Изглед и садржај образаца за израду записа произлазе из карактеристика процеса и потребе за евидентирањем одређених података у вези с процесом. Због тога се сви елементи интерних образаца за израду записа не могу прописати унапријед, већ се – зависно од случаја – прилагођавају конкретним потребама.

Сви обрасци за израду записа интерног поријекла садрже заглавље, приказано на слици 3.

Слика 3. Заглавље обрасца за израду образаца интерног поријекла

Лого установе	***НАЗИВ ОБРАСЦА***	**Ознака обрасца**

Сви обрасци морају да садрже најмање сљедеће елементе:

- у заглављу: идентификација установе (лого), предмет документа (назив записа) и број записа из одговарајуће евиденције (ако запис подлијеже евидентирању),
- датум формирања записа,
- мјесто за упис података,
- мјесто за упис функције, имена, презимена и потписа лица које попуњава или овјерава податке (ако се документ овјерава).

Изглед дијела обрасца за упис података дефинише се према потребама, у складу с карактеристикама процеса у коме се користи. Ако је образац намијењен за формирање законски обавезне или на други начин прописане евиденције, код формирања обрасца поштују се одредбе одговарајућих нормативних докумената.

4. ОЗНАЧАВАЊЕ ДОКУМЕНАТА

Сви документи система менаџмента означавају се јединственом ознаком која се састоји из два дијела и то:

- ознака врсте документа: словна ознака, два карактера (табела 2)
- редни број документа, по редослиједу уношења у одговарајући регистар: нумеричка ознака, два карактера (од 01 до 99).

Ознаке докумената уписују се у одговарајуће поље на обрасцу на којем се израђују. Ознаку одређује директор установе (за документе који се израђују у установи).

Једном додијељена, ознака документа не може се мијењати. По повлачењу из употребе и трајном стављању документа ван снаге, његова ознака сматра се и даље заузетом и не може се додијелити ниједном другом документу.

Табела 2. Врста документа

ПР	Процедура
УП	радно упутство
ОБ	образац

Поред докумената наведених у табели 2, у установи се могу формирати и политика и клинички пут.

5. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

Нема.

I. ДИО

ПРИЈЕМ ПАЦИЈЕНТА

1 ИДЕНТИФИКАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА

2 ТРЕТИРАЊЕ ЛИЧНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ ИНФОРМАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА

3 ЗАКАЗИВАЊЕ И ПРИЈЕМ ПАЦИЈЕНТА У СЛУЖБУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

4 ТЕЛЕФОНСКА ТРИЈАЖА И САВЈЕТОВАЊЕ

1 ИДЕНТИФИКАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак идентификације пацијента.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

ЈМБ – јединствени матични број.

3. ПОСТУПАК

Циљ: правилан, сигуран и јединствен начин идентификације пацијента.

Мјере предострожности

- не спроводити било какав дијагностички или терапијски поступак ако се посумња на злоупотребу идентитета.

3.1. Поступак

- пацијенти се на заказани термин јављају медицинској сестри – техничару на пријемном пулту са здравственом књижицом / електронском здравственом картицом и/или идентификационим документом;
- упоређује се документ који садржи слику (лична карта, возачка дозвола, пасош) са ликом пацијента, а потом са подацима из здравствене књижице;
- идентификација пацијента врши се на основу имена, презимена и ЈМБ;
- медицинска сестра – техничар врши провјеру статуса здравственог осигурања пацијента;
- упоређује се документ који садржи слику (лична карта, возачка дозвола, пасош) са ликом пацијента, а потом са подацима из здравствене књижице;
- малољетним лицима потребна је здравствена књижица / електронска здравствена картица за идентификацију, као и идентификациони документ за особу која је у пратњи малољетника (родитеља или законског старатеља), са личним документом који садржи фотографију (лична карта, возачка дозвола, пасош).

Напомена: медицинска сестра – техничар која посумња или установи злоупотребу идентитета о томе усмено и писмено обавјештава надређено лице.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

2 ТРЕТИРАЊЕ ЛИЧНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ ИНФОРМАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се начин третирања личних здравствених информација пацијената у здравственим установама на примарном нивоу здравствене заштите и услови под којима се ове информације могу доставити трећим лицима.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.2. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују сви запослени у установи који су у контакту са личним здравственим информацијама пацијента.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Лични податак – подразумијева било коју информацију која се односи на физичко лице које је идентификовано или њоме може да се утврдити идентитет лица.

Обрада личних података – било која радња или скуп радњи које се врше над подацима, било да је аутоматска или не, а посебно прикупљање, уношење, организовање, похрањивање, прерађивање или измјена, узимање, консултовање, коришћење, откривање преносом, ширење или на други начин омогућавање приступа подацима, сврставање или комбиновање, блокирање, брисање или уништавање.

Повјерљивост – етички принцип или законско право по коме се информације које појединац повјерава професионалцу сматрају тајном и не откривају се „трећој страни“ без његове претходне сагласности.

Приватност – **означава** способност појединаца или групе да прикрију (издвоје, изолују, искључе) или себе, или информације о себи, као и да селективно откривају и дијеле с другима своју интиму или информације о себи. Приватност има шире значење од термина „сигурност“ или „безбједност“ и укључује и појмове као што су „одговарајућа употреба и заштита (информација)“. Приватност се обично вољно жртвује у замјену за одређене користи (на примјер, ради унапређења сопственог здравља).

Пристанак – сагласност неке особе, исказана лично и недвосмислено, саопштена у усменој или писаној форми, и у околностима у којима је ономе ко даје пристанак потпуно јасно све у вези са свим могућностима и посљедицама. Пристанак је једино валидан уколико особа која га даје зна потребне информације и разумије их.

Процедуре (протоколи) за размјену информација – представљају документовано правило и процедуре за коришћење и располагање информацијама. Ово се посебно односи на заштиту, сигурност и безбједност, повјерљивост и дијељење података између различитих организација или агенција.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

3.1. Опште одредбе

Корисници здравствене заштите повјеравају запосленима у здравственој установи информације у вези са својим здрављем или с другим осјетљивим питањима. Они то чине личним саопштењем или омогућују запосленим радницима установе да посредно дођу до таквих информација. Корисници здравствене заштите с правом очекују да запослени радници поштују њихово право на приватност и да њихове личне податке не откривају никоме ко не учествује у процесу пружања или реализације здравствених услуга. Уколико се са информацијама које су означене као повјерљиве не рукује на правилан начин, може доћи до повреде повјерљивости.

3.2. Сврха и мјере заштите личних података пацијената

Сврха заштите личних података пацијената је:

- испуњење законских захтјева у погледу заштите личних података и заштите права пацијената,
- спречавање нарушавања интегритета података у смислу случајног или намјерног оштећења или измјене у било којој фази прикупљања, обраде, преношења, складиштења и коришћења података.

У циљу осигурања заштите повјерљивости личних података, здравствена установа предузима мјере на начин да се:

- у процес прикупљања, обраде и коришћења личних података о пацијентима укључују само запослени радници којима су они неопходни за извршење пословних задатака, односно запослени радници које је именовао директор;
- прикупљају, обрађују и користе само они лични подаци пацијената који су неопходни за пружање услуга из домена рада установе и чије прикупљање представља законску обавезу;
- лични подаци прикупљају у условима у којима је приватност заштићена (нпр. разговор између доктора медицине и пацијента без присуства трећих лица или без подизања гласа ако изолацију није могуће обезбиједити);
- подаци о стању здравља пацијената могу се користити у међусобној комуникацији између здравствених радника, али се не могу коментарисати у присуству трећих лица;
- лични подаци о пацијентима могу се пренијети трећим лицима само на основу писмене сагласности пацијента или у случају кад је захтјев у складу са законом;

- лични подаци о пацијентима штите се без обзира на медијум (писани или електронски) на којем се налазе, чувају и преносе;
- врши контрола тачности личних података пацијената у свим фазама поступања с њима, а нарочито на мјестима гдје може доћи до тежих посљедица у случају измјене (намјерне или случајне) неког податка;
- осигурава непрекидна расположивост података који су у одређеном тренутку битни за извршење одређене пословне активности;
- проводи континуирана обука запослених радника везана за заштиту личних података и пацијената.
- подузимају све организационе и техничке мјере како би се осигурала заштита личних података о пацијентима;
- предузимају одговарајуће мјере против запослених радника који су ненамјерно, односно намјерно, открили повјерљиве податке трећој стани;
- именују одговорна лица за процјену, осигурање и спровођење мјера заштите личних података пацијената;
- врши континуирани надзор над процјенама ризика у погледу заштите личних података пацијената и процјена усаглашености примијењених мјера са важећом регулативом;
- врши надзор на примјеном мјера заштите и унапређење тих мјера.

3.3. Организационе и техничке мјере заштите личних података пацијената

У здравственој установи предузимају се све организационе и техничке мјере како би се осигурала заштита личних података пацијената који се воде и чувају на папирном и електронском медијуму. Без обзира на којем се медијуму податак налази, треба имати на уму да је установа власник медијума, док је пацијент власник податка.

Организационе и техничке мјере које се предузимају у погледу заштите података о пацијентима који се у установи воде и чувају на писаном медијуму здравствена установа описује у документу система менаџмента квалитета који се односи на „Управљање медицинском документацијом".

Посебне организационе и техничке мјере заштите се предузимају у погледу заштите података који се о пацијентима воде и чувају на електронском медијуму.

3.3.1. Заштита личних података који се воде и чувају на електронском медијуму

Рачунари на којима се врши електронска обрада података и на којима се налазе подаци о пацијентима штите се приступном шифром. Базама података које садрже податке о пацијентима запослени радници установе приступају само до оног дијела система који је потребан за извршење њихових радних задатака. Сваки новозапослени радник се у процесу увођења у посао упознаје са значајем чувања у тајности свих информација и података пацијената до којих у извршењу радних задатака долази у контакт.

Здравствена установа, ради заштите личних података о пацијентима у електронској бази података, предузима сљедеће опште мјере и то:

- осигурава потпуну тајност и сигурност лозинки и осталих форми за идентификацију приступа личним подацима;
- дефинише организациона правила за приступ извршиоца интернету, која се односе на преузимање и снимање докумената путем електронске поште или других извора;

- врши уништавање докумената који садрже личне податке по истеку рока чувања;
- осигурава да свако изношење било којег медија који садржи личне податке ван радних просторија мора бити са посебном дозволом и контролом, да не дође до губљења или незаконитог коришћења;
- осигурава мјере физичке заштите радних просторија и опреме гдје се обрађују лични подаци;
- врши праћење техничких упутстава при инсталирању и коришћењу опреме која служи за обраду личних података;
- врши (заједно са овлаштеним лицима) периодичну (седмично, мјесечно и годишње) провјеру рада свих дијелова система.

3.4. Право на увид у медицинску документацију

3.4.1. Право пацијената на увид у медицинску документацију

Пацијенти, или бивши пацијенти, законски заступници (родитељи или старатељи) и овлаштени заступници, на основу Закона о здравственој заштити, могу затражити право увида у медицинску документацију или копирање медицинске документације, као и изузимање медицинске документације ради преношења у установу у другом граду због пресељења.

Захтјев за увид у медицинску документацију, копирање или преношење у другу установу подноси се писменим путем.

Идентитет подносиоца захтјева утврђује се на основу неког идентификационог документа (личне карте, возачке дозволе или пасоша), као и докумената по основу којих друга лица остварују право увида у медицинску документацију: родни лист и вјенчани лист – родитељи за малољетну дјецу, рјешење о старатељству – законски старатељи или пуномоћ за увид у медицинску документацију, овјерена код нотара – законски заступници.

Након констатовања да лице има право на увид у медицинску документацију, захтјев се просљеђује директору установе. Директор именује особу која ће у року од највише три дана договорити са пацијентом, односно законским заступником, увид у медицинску документацију те му омогућити увид у току сваког радног дана у термину који највише одговара подносиоцу захтјева.

Уколико подносилац захтјева током увида искаже потребу за копијом медицинске документације, овај захтјев ће подразумијевати нови захтјев на који директор мора одговорити у року не дужем од 7 дана. Приликом подношења оваквог вида захтјева, подносиоцу се напомиње да ће трошкове који су настали по основу копирања медицинске документације сносити он.

Подношење захтјева за преношење медицинске документације у установу која се налази у другом граду због пресељења врши се на исти начин као и код увида у медицинску документацију. Свака копирана страна медицинске документације овјерава се факсимилом директора установе, са назнаком да је „копија вјеродостојна оригиналу". Уз копирану медицинску документацију, здравственој установи упућује се пропратни акт са информацијама подносиоца захтјева, датумом и бројем подношења захтјева и бројем страна копиране документације. Сва документација се доставља у затвореној коверти на протокол установе одакле се шаље препоручена пошиљка, адресираној на здравствену установу у којој ће подносилац захтјева или заступани наставити коришћење услуга.

3.4.2. Право трећих лица на увид у медицинску документацију

У здравственој установи *се одавање података из медицинске документације о пацијентима трећим лицима неће сматрати кршењем професионалне тајне у случајевима када постоји:*

- писмено овлаштење од пацијента, родитеља или законског заступника о изношењу података из његове медицинске документације – када треће лице преузима књижицу и налазе пацијента;
- одавање података другом здравственом раднику – када се информације које су од општег интереса за пацијента размјењују између доктора медицине и других здравствених радника унутар установе и са здравственим радницима у другој установи;
- одавање података на основу прописа – када се утврди да здравствено стање (заразне болести) пацијента може угрозити живот и здравље трећих лица;
- одавање података због интереса трећих лица – када се код пацијента утврди да је заражен полном или заразном болести, а за коју постоји сумња да може угрозити живот и здравље најближих сродника и других особа које су блиском контакту са пацијентом. Ово се посебно односи на случајеве када пацијент жели предузети одговарајуће мјере заштите;
- одавање података из медицинске документације на основу службене сарадње са државним органима;
- откривање података из медицинске документације у научним часописима, публикацијама, стручним скуповима и др. у којима се као аутори, односно учесници, јављају запослени радници – запослени радник дужан је онемогућити идентификацију података који се могу довести у везу са пацијентом на којег се односе објављени подаци;
- откривање података из медицинске документације на захтјев појединца – установа у складу са Законом о слободи приступа информацијама а здравствена установа је у обавези одговорити на захтјев појединца при томе не откривајући идентификационе податке који се могу довести у везу са пацијентом.

3.5. Поступак приступања трећих лица медицинској документацији пацијента

Запослени у здравственој установи не смију одговарати на телефонске или личне усмене захтјеве трећих лица за обезбјеђење личних података пацијената. Сваки такав захтјев се упућује на директора установе, који мора бити у форми штампаног писаног захтјева. У захтјеву мора бити јасно назначен разлог због којег се траже информације из медицинске документације о пацијентима. У случају да постоји оправдан (законски) разлог за достављање информација, одобрава се захтјев и упућује се одговор у писаној форми. Одговори који се достављају на захтјев државних органа обавезно се шаљу у затвореној коверти, препорученом пошиљком, адресираном на руке државног органа. Остали одговори, зависно од тога како је у захтјеву назначено, достављају се путем поште, електронске поште или личним преузимањем од стране подносиоца захтјева. На сваки захтјев трећег лица одговара се у року који није дужи од 15 дана.

Преузимање књижица и налаза пацијената од стране трећих лица врши се на основу писмене сагласности, односно потврде коју треће лице доноси приликом њиховог преузимања.

3.6. Поступак у случају неовлаштеног откривања повјерљивих информација о пацијентима трећим лицима

Повјерљиве информације и податке запослени радници установе могу трећим лицима открити из непажње, незнања (нпр. о праву на приватност и о прописима којима је то право загарантовано) или намјерно (нпр. због самоистицања или користољубља). У случају да запослени радник неовлаштено открије повјерљиве информације и податке, комисија именована од стране директора утврђује околности и узроке због којих је дошло до њиховог откривања, те о томе обавјештава директора који у складу са Законом о раду и интерним актима предузима одговарајуће мјере.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

3 ЗАКАЗИВАЊЕ И ПРИЈЕМ ПАЦИЈЕНАТА У СЛУЖБУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак заказивања и пријема пацијента у службу породичне медицине.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

ТПМ – Тим породичне медицине.

ЈМБ – Јединствени матични број.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилан, сигуран и стандардизован начин заказивања и пријема пацијената у службу породичне медицине.

3.1. Начин рада медицинске сестре – техничара на пријемном пулту

3.1.1. Заказивање термина за кориснике здравствене заштите

Заказивање пацијента може се вршити:

- телефонским путем;
- доласком пацијента или члана породице;
- електронским путем.

Приликом заказивања термина, потребно је:

- утврдити разлог посјете доктору породичне медицине;
- заказати термин ТПМ код кога је корисник регистрован, а у случају одсуства доктора медицине из матичног ТПМ, особље тима упућује пацијента у замјенски ТПМ;
- заказивати кориснике у терминима од 15 минута, коришћењем електронског апликативног софтвера.

Напомена: Незаказани пацијенти примају се уколико има слободних термина у току дана, а уколико нема слободних термина, заказује се први слободан термин.

3.1.2. Пријем пацијената са акутним стањима и обољењима

Пацијенти који су са акутним обољењима или чије је стање здравља такво да би одлагање пријема могло довести до значајнијег погоршања здравља, примају се исти дан у надлежном ТПМ. У ову групу пацијената спадају пацијенти који имају неке од наведених симптома:

- повишена температура преко 39° C;
- акутне главобоље;
- повишен крвни притисак (преко 200/110 mmHg), уз главобољу или забринутост пацијента;
- акутни бол у грудима који траје дуже од 15 минута;
- неправилан рад срца;
- болови везани за малигне болести;
- проблеми са дисањем и промукли кашаљ код дјеце;
- нагло настали бол у стомаку;
- појачано менструално крварење и болне менструације;
- компликације у трудноћи;
- повраћање;
- податак о губитку свијести;
- надлежна упућивања у болницу или на дијагностичку процедуру;
- крварење из носа;
- астматични напад;
- лакша трауматска повреда.

Чланови ТПМ пацијента са акутним стањима примају одмах, без чекања.

Тим породичне медицине има тријажни систем који омогућава пружање медицинске његе пацијентима са хитним медицинским стањима. Чланови тима обучени су да препознају хитна медицинска стања и збрину пацијента у складу са важећим препорукама.

Уколико ТПМ у којем је пацијент регистрован одређени временски период није доступан, замјенски тим преузима пријем пацијента.

3.1.3. Промјена/помјерање заказаног термина

- уколико је пацијент заказан електронским путем, промијенимо статус заказаног пацијента у „отказао“ и ту промјену сачувамо;
- пацијента поново заказујемо у термину који му одговара;

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

4 ТЕЛЕФОНСКА ТРИЈАЖА И САВЈЕТОВАЊЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се телефонска тријажа и савјетовање пацијената.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Тријажа – класификовање пацијента према степену тежине симптома/проблема и распоређивање ради добијања адекватне здравствене заштите.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Телефонска консултација са пацијентом може се користити у циљу: телефонске тријаже, телефонске контроле пацијената лијечених у кућним условима и телефонске контроле по изласку из болнице.

Телефонска тријажа спроводи се у циљу:

- утврђивања специфичног и индивидуалног ризика болести телефонским путем;
- утврђивања дужине трајања и тежине симптома;
- примјене критеријума за процјену потреба за прегледом у амбуланти;

– примјене критеријума за процјену потреба за хитним прегледом и вјероватним упућивањем на болничко лијечење.

Битан предуслов за телефонску тријажу је да пацијент може поуздано презентовати симптоме и проблеме и да разумије добијене инструкције/савјете.

3.1. Телефонску тријажу чине:

1. представљање позиваоцу;
2. прикупљање (или потврда) основних демографских података;
3. добијање основних информација о историји болести;
4. утврђивање главних симптома или разлога јављања пацијента;
5. документовање стања или проблема пацијента;
6. спровођење тријаже постављањем одговарајућих питања;
7. давање савјета и верификовање разумијевања савјета примјеном методе парафразирања;
8. договор за поновни позив.

Поступак телефонске тријаже за сваког пацијента евидентира се на за то предвиђеном обрасцу – Телефонска тријажа пацијента.

3.1.1. Представљање позиваоцу

Позиваоцу се представити на сљедећи начин:

– позив започети личним представљањем;
– извинити се ако је било чекања на одговор или је позив стављен на чекање;
– замолити позиваоца да опише проблеме или симптоме.

3.1.2. Прикупљање или потврда основних демографских података

Питати позиваоца о основним демографским подацима, као што су име и презиме, пол и број телефона:

– у случају да позивалац зове у нечије име или се ради о родитељу/старатељу који зове у име малољетног лица, потребно је утврдити сродство са пацијентом;
– уколико се ради о хитном случају, позив преузима прва слободна медицинска сестра – техничар;
– уколико се ради о хитном случају, прво спровести тријажу и дати савјет за прву помоћ, а тек након тога узети демографске податке.

3.1.3. Добијање основних информација о претходним обољењима

Овај дио процјене примарно треба да усмјери на ранија стања или обољења која се могу довести у везу са стањем или проблемом због којег се пацијент јавио, што подразумијева:

– питања о хроничним проблемима/обољењима, лијековима које пацијент узима и питања везана за посјете доктору медицине на примарном нивоу здравствене заштите или за болничко лијечење;
– уколико се ради о веома озбиљним симптомима који угрожавају живот, овај дио тријаже прескочити или свести на минималан број питања;
– документовање добијених информација.

3.1.4. Утврђивање главних симптома или проблема јављања пацијента

Утврђивање главних симптома или проблема јављања пацијента спроводи се на сљедећи начин:

- охрабрити позиваоца да опише главне симптоме. Користити питања отвореног типа, као на примјер: „Реците ми нешто о вашим потешкоћама везаним за проблеме са дисањем?“ Упутити више директних питања, у циљу добијања јасније слике о симптомима које пацијент наводи и настојати добити што више специфичних информација;
- потакнути позиваоца да опише и остале симптоме који су се појавили у току дана;
- активно слушати позиваоца;
- проценити све симптоме прије усмјеравања на углавном озбиљне симптоме (изузетак представљају симптоми који угрожавају живот);
- примијенити златно правило (процјену извршити у једној минути или краће) за процјену пацијента са озбиљним симптомима;
- дати најбољи савјет и изабрати прави протокол како би тријажа телефоном била што фокусиранија и ефикаснија.

Основну забринутост позиваоца може представљати временска ограниченост у процесу позива.

3.1.5. Документовање стања или проблема пацијента

Даје увид у:

- јасну слику о пацијентовом стању, симптомима, проблемима и повредама, те служи као основ за давање адекватног савјета или коришћење одговарајућег протокола;
- опис стања или проблема треба да буде кратак.

3.1.6. Спровођење тријаже постављањем одговарајућих питања

Питања у поступку тријаже спроводе се на сљедећи начин:

- након идентификовања главног проблема или симптома, примијенити протокол ако за наведено стање или проблем постоји израђен протокол на нивоу установе, у супротном, поступак тријаже спровести на основу личног искуства;
- уколико пацијент има више од једног симптома, увијек изабрати најкритичнији симптом;
- ако и даље нисте сигурни који од наведених симптома је најозбиљнији, питати позиваоца „Који од наведених симптома вас највише забрињава?“ Уколико пацијент одговори „грозница“, а грозница је пратећи симптом више различитих обољења, фокусирајте се на други симптом који највише забрињава пацијента.
- питања груписати према расположивим категоријама на основу којих се може одредити степен збрињавања проблема;
- питања од највећег значаја за процјену важности збрињавања проблема треба постављати на самом почетку;
- прекинути са постављањем питања у истој категорији уколико је у расположивој категорији добијен негативан одговор;
- постављање питања свести на „знате“ или „нисте сигурни“.

3.1.7. Давање савјета и верификовање разумијевања савјета примјеном методе парафразирања

- прије давања савјета, питати пацијента „Са којим третманом сте покушали прије?“ и „Какав је резултат проистекао из тога?“;
- уколико је третман добар и ефективан, потврдити пацијенту да настави са њим;
- уколико третман није завршен или није ефективан, допунити то у протокол;
- дати подршку позиваоцу у самосталном рјешавању проблема;
- пацијенти који немају потребу за посјетом или чија је посјета касније заказана добију одговарајући савјет, по принципу „Када је мање боље“;
- савјетовати позиваоца да припреми папир и оловку како би записао дате инструкције. Ово је од посебног значаја када се даје детаљан савјет везан за његу или везан за дозирање лијекова;
- медицинска сестра – техничар одабира највише 2–3 одговарајућа савјета за позиваоца;
- документовати дате савјете и то на начин да сваки дати савјет опишете укратко са најмање 2–3 реченице по сваком датом савјету.

Верификовати разумијевање на начин да:

- након датог савјета омогућити пацијенту да постави додатна питања уколико није разумио дате инструкције;
- употријебите методу парафразирања, како бисте потврдили пацијентово разумијевање;
- медицинска сестра – техничар потврђује разумљивост датог савјета;
- размотрити могућност прослеђивања детаљних савјета за његу путем електронске поште.

3.1.8. Договор за поновни позив

Завршити сваку телефонску тријажу давањем инструкција за поновни телефонски позив, што укључује образац Регистар поновног разговора са пацијентом након давања савјета телефоном:

- процјена сваке могуће ситуације која представља могући разлог за поновни позив пацијента;
- савјетовати пацијента да позове поново ако се стање погорша. Морате бити сигурни да пацијент зна како да препозна погоршање стања;
- општи индикатор за поновни позив представљају симптоми који трају дуже од неколико дана.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

1. Телефонска тријажа пацијента

2. Регистар поновних разговора са пацијентом након давања савјета телефоном

Образац 1. Телефонска тријажа и савјетовање пацијента

Датум:_____ **Вријеме:**_____

Име и презиме пацијента:_____ Телефон:_____

Име и презиме позиваоца:_____ Сродство:_____

Старост пацијента:____ Пол: ☐ Мушки ☐ Женски

Име и презиме доктора медицине код којег је пацијент регистрован:_____

Да ли је пацијент за наведено стање прије контактирао доктора медицине? ☐ Да ☐ Не

Описати проблеме/симптоме пацијента:

_____
_____
_____
_____

Да ли је приликом давања савјета пацијенту коришћен протокол? ☐ Да ☐ Не

Ако је одговор Да, који је протокол коришћен:

_____

Ако је одговор Не, који је савјет дат пацијенту

_____
_____

Процјена проблема

☐ Хитан, рјешавање одмах

☐ Ургентан, рјешавање у 2–4 часа

☐ Полуургентан, рјешавање унутар 24 часа

☐ Није ургентан, заказан термин посјете

Савјетовати пацијента да позове службу хитне медицинске помоћи ради хитног транспорта у најближу болничку установу.

Позвати доктора медицине да настави са давањем савјета.

Заказати термин посјете код доктора медицине унутар 24 h.

Дати инструкције за кућно лијечење (Које? – описати)_____
_____
_____

Додатни коментари:

_____
_____
_____

Да ли је позивалац задовољан добијеним савјетом: ☐ Да ☐ Не

Савјетовано пацијенту да поново позове, ако се стање погорша ☐ Да ☐ Не

Поново прегледати све уписане податке!

Поново позвати пацијента ради провјере стања: Вријеме:_____

Име и презиме медицинске сестре – техничара која је дао/ла савјет _____

Потпис: _____

Образац 2. Регистар поновних разговора са пацијентом након давања савјета телефоном

Редни број	Позив		Име и презиме пацијента	Број телефона	Пацијент збринут у здравственој установи	Тренутно здравствено стање				Потпис	Датум/Вријеме
	Датум	Вријеме				У	И	П	Остало		
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
17.											
18.											

Легенда: У – унапређено; И – исто; П – погоршано

II. ДИО

КОНТРОЛА ИНФЕКЦИЈЕ

1 УПОТРЕБА ЛИЧНЕ ЗАШТИТНЕ ОПРЕМЕ

2 РАЦИОНАЛНО КОРИШЋЕЊЕ ЛИЧНЕ ЗАШТИТНЕ ОПРЕМЕ – COVID-19

3 ХИГИЈЕНА И ДЕЗИНФЕКЦИЈА РУКУ

4 ДЕКОНТАМИНАЦИЈА МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА

5 СТЕРИЛИЗАЦИЈА МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА

6 ЧИШЋЕЊЕ И ДЕЗИНФЕКЦИЈА РАДНИХ ПОВРШИНА

7 ПРЕВЕНЦИЈА И ПРОФИЛАКСА ИНФЕКЦИЈА КОЈЕ СЕ ПРЕНОСЕ ПУТЕМ КРВИ И ДРУГИМ ТЈЕЛЕСНИМ ТЕЧНОСТИМА

8 ПОСТУПАК СА ВЕШОМ

9 УПРАВЉАЊЕ МЕДИЦИНСКИМ ОТПАДОМ И ПОСТУПАК У СЛУЧАЈУ ПРОСИПАЊА

1 УПОТРЕБА ЛИЧНЕ ЗАШТИТНЕ ОПРЕМЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром описан је поступак употребе личне заштитне опреме у здравственим установама на примарном нивоу здравствене заштите.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују сви радници који употребљавају личну заштитну опрему.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити мјере личне заштите пацијената и здравствених радника, здравствених сарадника и помоћног особља.

3.1 Лична заштитна опрема

Личну заштитну опрему чине:

- радна одјећа и обућа;
- рукавице (нестерилне, стерилне);
- хируршка маска и респираторна или партикуларна маска;
- капа/марама;
- наочале/визир;
- водоотпорни заштитни мантил или комбинезон;
- заштитна кецеља;
- заштитне навлаке за обућу – каљаче.

Лична заштитна опрема треба да се:

- налази у близини мјеста коришћења;
- складишти на чистом и сувом мјесту заштићеном од контаминације и у року трајања;
- једнократно користи, ако произвођач личне заштитне опреме није другачије навео;
- мијења након сваког пацијента или по завршетку одређене процедуре;
- одложи на адекватан начин након употребе (као потенцијално инфективни или комунални отпад).

Вишекратна лична заштитна опрема се након употребе пере, суши и пегла (радна одјећа), а наочале и визири се након употребе перу и дезинфикују.

3.2. Радна одјећа и обућа (униформа)

Радну униформу чине мантил, блуза и панталоне, односно сукња, и обућа са затвореним предњим дијелом. Радници на почетку радног дана облаче чисту радну одјећу. Радна одјећа се мијења у току радног дана уколико је видно запрљана или контаминирана тјелесним течностима и излучевинама.

Здравственим радницима није дозвољено излазити изван простора установе у медицинској одјећи и обући, нити је дозвољено да се у радној униформи улази у продавнице, ресторане или друге објекте за производњу и дистрибуцију хране и пића.

3.3. Рукавице

Заштитне рукавице употребљавају се из три разлога:

- као заштитна баријера за особље – да би се спријечила контаминација руку код контакта с крвљу, тјелесним течностима, секретима, екскудатима, мукозним мембранама и повријеђеном кожом;
- како би се смањила вјероватноћа да се микроорганизми са руку особља пренесу на површину, опрему и предмете који се користе током инвазивних (стерилне рукавице) или неинвазивних процедура (нестерилне рукавице), које укључују контакт са слузокожом или неинтактном кожом пацијента;
- како би се смањила вјероватноћа да се рукама особља које су контаминиране микроорганизмима једног пацијента микроорганизми пренесу на другог пацијента.

3.3.1 Индикације за употребу рукавица

Индикације за употребу нестерилних рукавица	Директни контакт с крвљу, тјелесним течностима или предметима контаминираним тјелесним течностима, те приликом сваког контакта с пацијентима код којих постоји сумња на заразно обољење.
Индикације за употребу стерилних рукавица	Инвазивне процедуре и процедуре које захтијевају стерилне асептичне услове.

Напомене:

- рукавице нису замјена за хигијену руку;
- рукавице су намијењене за један поступак и након њиховог скидања неопходно је прање руку;
- рукавице се одмах након контакта са пацијентом скидају и одбацују као потенцијално инфективни отпад;
- рукавице се у случају пуцања или сумње на напукнуће одмах мијењају;
- рукавице морају бити прикладне за употребу, удобне и одговарајуће величине;
- препоручује се навлачење два пара рукавица приликом извођења поступака код којих постоји додатни ризик.

3.3.2 Техника навлачења и скидања нестерилних рукавица

Навлачење нестерилних рукавица

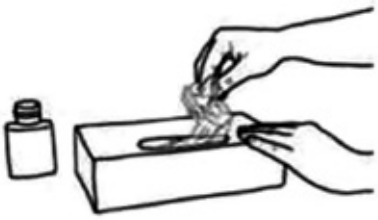
- прије навлачења рукавица спровести хигијену руку хигијенским прањем руку или утрљавањем дезинфекционог средства (Упутство „Хигијена и дезинфекција руку“);
- извадити једну рукавицу из оригиналног паковања (слика 1);
- додиривати само ограничену површину рукавице (горњи крај отвора рукавице – ручни зглоб);
- навући рукавицу;
- извадити другу рукавицу руком на коју није навучена рукавица, опет додирујући само ограничену површину рукавице (горњи крај отвора рукавице);
- избјећи додиривање коже руке навученом рукавицом, вањска површина друге рукавице прихвата се скупљеним прстима руке са рукавицом, чиме се омогућава навлачење рукавице на другу руку;
- рукама са навученим рукавицама не додиривати ништа друго изузев предвиђених површина и предмета.

Слика 1. Навлачење нестерилних рукавица

ПРИЈЕ НАВЛАЧЕЊА РУКАВИЦА

Спровести хигијену руку хигијенским прањем руку (водом и сапуном) или хигијенским утрљавањем антисептика на бази алкохола

Навлачење рукавица



1. Извадити једну рукавицу из оригиналног паковања

2. Додиривати само ограничену површину рукавице (горњи крај отвора уз ручни зглоб)

3. Навући прву рукавицу

4. Извадити другу рукавицу руком без рукавице, додирујући само ограничену површину рукавица (горњи отвор уз ручни зглоб)

5. Да би се избјегло додиривање коже навученом рукавицом, вањска површина друге рукавице прихвата се скупљеним прстима, чиме се омогућава навлачење друге рукавице на зглоб

6. Када су рукавице навучене, рукама се не додирује ништа друго осим предвиђених предмета и површина

Скидање рукавица

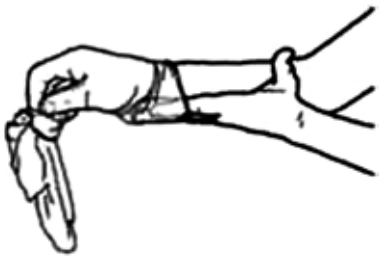
– поступак скидања рукавица спроводи се примјеном Технике 1. или Технике 2. (слика 2).

Слика 2. Скидање рукавица

СКИДАЊЕ РУКАВИЦА

Техника 1.

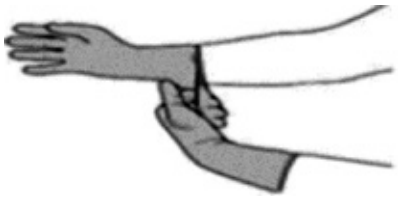
1. Ухватити једну рукавицу у висини ручног зглоба и свући је без додиривање коже, при чему се унутрашња страна рукавице изврће ка вани



2. Руком са рукавицом држи се скинута рукавица, док се прсти друге руке увлаче између рукавице. ручног зглоба. Друга рукавица скида се извртањем унутрашње стране рукавице ка споља

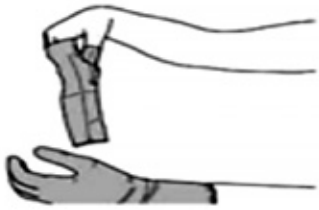
3. Одбацити употребљене рукавице.

Техника 2.

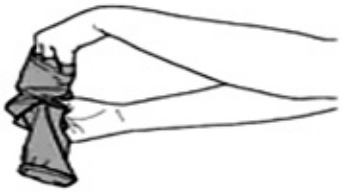


1. Ухватити једну рукавицу у висини ручног зглоба и свући је без додиривања коже

2. Свући рукавицу извртањем унутрашње стране рукавице ка вани до другог зглоба прстију



3. Ухватити вањски руб рукавице друге руке руком на којој је дјелимично скинута рукавица



4. Свући рукавицу извртањем на вани, а затим том рукавицом скинути и дјелимично скинуту рукавицу

5. Одложити рукавицу на адекватан начин

НАКОН СКИДАЊА РУКАВИЦА

Спровести хигијену руку хигијенским прањем руку (водом и сапуном) или хигијенским утрљавањем антисептика на бази алкохола

Техника 1.

- прву рукавицу скинути помоћу друге руке, хватањем у висини ручног зглоба, при чему се унутрашња страна рукавице изврће ка спољашњој страни. При томе, водити рачуна о томе да се не додирне кожа руке;
- руком са рукавицом држи се скинута рукавица, а прсти руке са које је скинута рукавица увлаче се између руке и рукавице у висини ручног зглоба. Друга рукавица скида се превлачењем преко руке и увијањем преко раније скинуте рукавице;
- одложити скинуте рукавице на адекватан начин;
- спровести хигијену руку, поступком хигијенског утрљавања антисептика или поступком хигијенског прања руку (Упутство „Хигијена и дезинфекција руку").

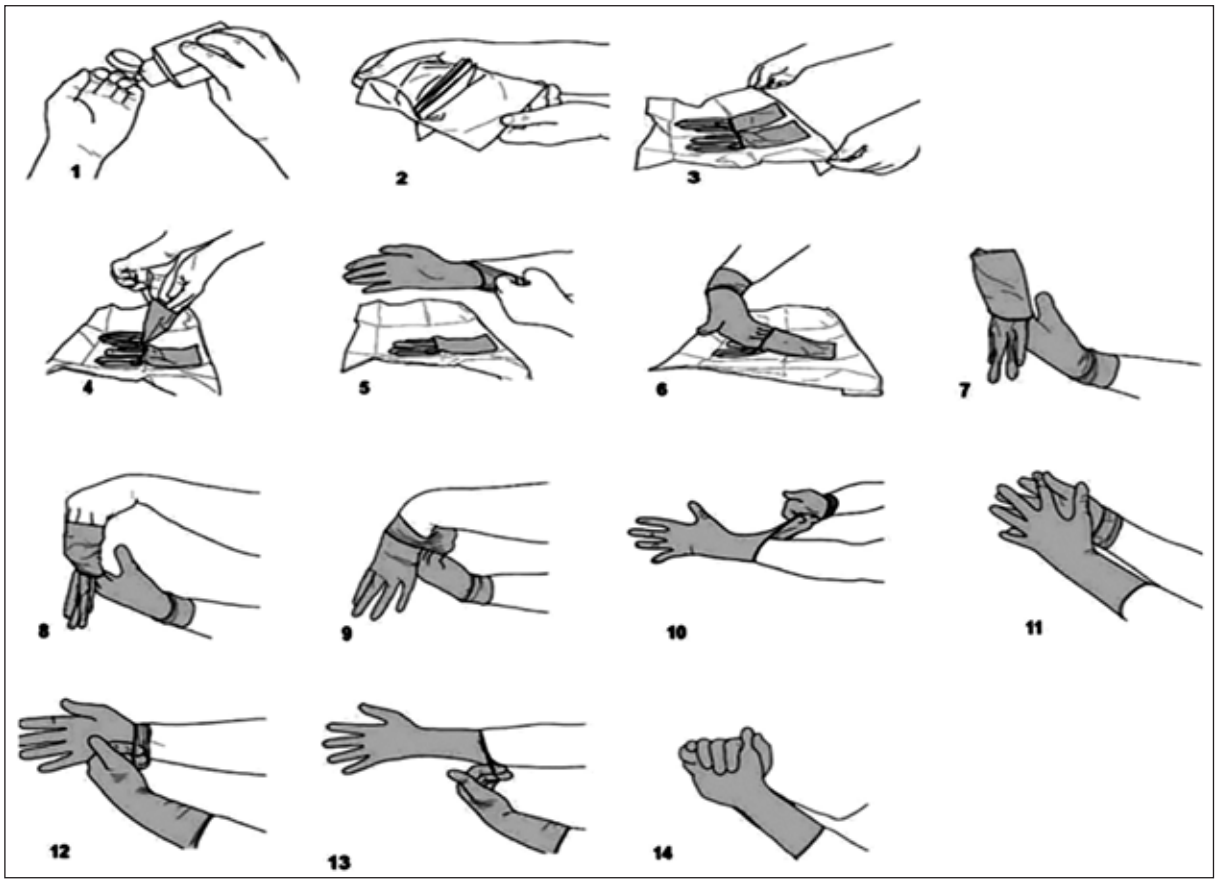
Техника 2.

- прву рукавицу скинути хватањем прстима са спољне стране у висини ручног зглоба. Водити рачуна да се не додирне кожа руке;
- скидати рукавицу извртањем унутрашње стране ка вани, до другог зглоба прстију;
- другу рукавицу скинути хватањем вањског руба рукавице (око ручног зглоба), руком на којој је дјелимично скинута рукавица;
- скинути рукавицу потпуним извртањем рукавице на начин да се увијек додирује само унутрашња страна рукавица;
- скинутом рукавицом скинути и рукавицу са руке на којој је дјелимично скинута рукавица;
- одложити скинуте рукавице на адекватан начин;
- спровести хигијену руку након скидања рукавица (слика 2).

3.3.3. Техника навлачења и скидања стерилних рукавица

Навлачење стерилних рукавица

- прије навлачења стерилних рукавица спровести хигијену руку хигијенским прањем руку или утрљавањем дезинфекционог средства (слика 3);
- провјерити интегритет паковања рукавица; отворити нестерилни дио паковања потпуним одвајањем без додиривања стерилног дијела паковања;
- спустити стерилно паковање на стерилну површину, не додирујући при томе површину на коју је спуштено стерилно паковање; отворити паковање на начин да се доњи дио папира пресавије према споља и задржи отворено;
- између палца и кажипрста једне руке пажљиво ухватити преклопљени дио рукавице;
- другу руку увући у рукавицу у једном покрету, придржавајући савијеним прстима друге руке пресавијени дио рукавице у висини зглоба;
- узети другу рукавицу подвлачењем прста руке с навученом рукавицом испод пресавијеног дијела рукавице;
- навући рукавицу на прсте руке, а затим пресавијени дио рукавице исправити лаганим повлачењем рукавице помоћу руке на којој је навучена рукавица;
- избјегавати додиривање дијела руку са навученим рукавицама са дијелом руку на којем није навучена рукавица. У случају контакта, неопходно је узети нови пар рукавица;



Слика 3. Навлачење стерилних рукавица

- након навлачења рукавица, ако је неопходно, укрштањем прстију руку прилагодити прсте и међупрстне просторе до потпуне удобности;
- рукама с навученим рукавицама додиривати искључиво стерилисане инструменте или претходно дезинфиковане површине тијела пацијента (слика 3).

Скидање стерилних рукавица

Поступак скидања стерилних рукавица спроводи се на исти начин као и поступак скидања нестерилних рукавица, описан под Скидање рукавица (Техника 1 и Техника 2*)*.

3.4. Хируршка маска и респираторна/партикуларна маска

Медицинске маске користе се увијек када постоји опасност преношења инфекције капљичним путем са здравственог радника на пацијента и обратно.

3.4.1. Хируршка маска

Хируршку маску користе:

- здравствени радници приликом тријаже пацијената и раног откривања извора инфекције као стандардну мјеру предострожности;
- пацијенти са симптомима и знацима респираторне инфекције.

Мјере предострожности

- не носите маску око врата, испод носа или са завезаним тракама које висе испод браде, на глави, око врата или руке;
- не додирујте спољашњу површину маске, а да прије или након тога не спроведете хигијену руку.

Слика 4. Стављање и скидање хируршке маске и мјере предострожности

ПРИЈЕ СТАВЉАЊА МАСКЕ

Спровести хигијену руку и ставити маску да покрива браду, уста и нос.

Ставити еластичну траку око ушне шкољке

Завезати траке на средини врата и потиљка

Провјерити да ли маска добро пријања на коријен носа

НИКАДА НЕ РАДИТИ НАВЕДЕНО

Не носити маску око врата и испод носа

Не носити маску са завезаним тракама које висе испод браде

Не додиривати и не намјештати маску, а да прије тога или након тога не спроведете хигијену руку

Не носити маску на глави

Не носити маску око врата

Не носити маску око руке

ПРИЈЕ СКИДАЊА МАСКЕ

Опрати руке и скинути маску само додирујући платнене траке или еластичну гумицу

Прије скидања маске хигијенски опрати руке или дезинфиковати антисептиком

Скинути маску повлачењем кажипрста испод гумених трака и одвајањем од ушне шкољке.

3.4.1.1. Стављање хируршке маске

Прије стављања маске, спровести хигијену руку поступком хигијенског утрљавања антисептика или поступком хигијенског прања руку (Упутство „Хигијена и дезинфекција руку“), а затим поступак спровести на сљедећи начин (слика 4):

- ставити маску преко носа, уста и браде и фиксирати је за коријен носа (слика 4);
- везати горње траке на средини потиљка, а доње траке на врату. Код маски са гуменим тракама, траке закачити око ушних шкољки;
- провјерити да ли маска добро приања уз лице;
- мијењати маску када овлажи (након сат и по или два) или када се контаминира.

3.4.1.2. Скидање хируршке маске

Прије скидања хируршке маске спровести хигијену руку поступком хигијенског утрљавања антисептика или поступком хигијенског прања руку (Упутство „Хигијена и дезинфекција руку“), а затим поступак спровести на сљедећи начин (слика 4):

- скинути маску не додирујући спољашњу страну маске,
- користити обје руке за одвезивање трака. Прво одвезати доње траке на врату, а затим одвезати горње траке на потиљку или истовремено скинути гумену траку са обје ушне шкољке подвлачењем кажипрста испод гумених трака;
- одложити скинуту маску на адекватан начин;
- спровести поново хигијену руку (хигијенским прањем или утрљавањем антисептика).

3.4.4. Респираторна или партикуларна маска

Респираторна маска је маска за једнократну употребу и здравствени радници је користе у циљу заштите од прскања аеросола који настају приликом извођења одређених поступака.

Мјере предострожности

- не користити оштећену или деформисану маску, влажну или видно прљаву маску или маску испод које је отежано дисање због повећане концентрације влаге унутар маске;
- не дозволити да брада на лицу, накит, наочале за вид, одјећа и др. отежавају правилно приањање маске и функционисање маске;
- не укрштати горњу и доњу траку на глави приликом стављања маске;
- не носити маску која добро не приања на лице, односно ако приликом теста приањања ваздух излази из маске или улази у маску. У случају наведеног, затражити помоћ колеге или изабрати другу величину или модел;
- не додиривати спољну површину маске за вријеме коришћења или након скидања (слика 5).

3.4.4.1. Стављање респираторне или партикуларне маске

Прије стављања респираторне маске спровести хигијену руку поступком хигијенског утрљавања антисептика или поступком хигијенског прања руку (Упутство „Хигијена и дезинфекција руку“), а затим поступак спровести на сљедећи начин (слика 5):

- обухватити маску једном руком, ставити је на лице тако да покрива дио лица испод браде и носа. Другом руком ухватити горњи гумени држач маске, обухватајући

Слика 5. Стављање и скидање респираторне маске и мјере предострожности

КАДА СЕ СТАВЉА МАСКА, ПРОВЈЕРИТИ

Провјерити положај маске и провјерити како приања

1. Обухватити маску једном руком и ставити је на лице тако да покрива лице испод браде и носа. Горњи гумени држач пребацити преко главе и фиксирати на потиљку, а доњи гумени држач пребацити преко главе и фиксирати на врату испод ушију.
2. Обликовати ојачани дио маске према физиономији носа.
3. Спровести тест пропусности маске стављајући обје руке преко маске, након чега треба да јако удахнете и издахнете.
4. Ставити осталу личну заштитну опрему која не омета функцију и перформансе маске.

1. не користити маску чија је функција нарушена;
2. не дозволити да брада на лицу, накит, наочале за вид, одјећа и др. отежавају правилно приањање маске и функционисање маске;
3. не укрштати приликом стављања горњи и доњи држач маске;
4. не носити маску која добро не приања на лице због уласка и изласка ваздуха;
5. не додиривати спољну површину маске за вријеме коришћења или након скидања.

КАДА СЕ СКИДА МАСКА

1. скинути маску пребацивањем гумених држача преко главе не додирујући спољну површину маске;
2. адекватно одложити маску;
3. опрати руке или дезинфиковати антисептиком.

га између палца и кажипрста и пребацити преко главе и фиксирати на тјемену. Доњи гумени држач, такође хватајући између палца и кажипрста, пребацити преко главе и фиксирати на дио врата испод ушију;

- обликовати ојачани дио маске према физиономији носа;
- спровести тест пропусности стављањем обје маске преко руке. Тест пропусности позитиван је ако при јаком издаху унутар маске остане позитиван притисак, односно ваздух не излази са стране. У случају да ваздух излази са стране, неопходно је подесити положај маске и/или боље намјестити гумене држаче. Тест пропусности негативан је ако при дубоком удаху ваздух не улази са стране, при чему ће негативан притисак привући маску на лице;
- наставити са стављањем остале личне заштитне опреме (визир, наочале и сл.) која не омета функцију и перформансе маске.

3.4.4.2. Скидање респираторне или партикуларне маске

Прије скидања респираторне маске спровести хигијену руку поступком хигијенског утрљавања антисептика или поступком хигијенског прања руку или, у случају да су на рукама рукавице, извршити хигијенско утрљавање антисептика (Упутство „Хигијена и дезинфекција руку“). Поступак скидања спровести на сљедећи начин:

- скинути маску не додирујући спољашњу површину маске;
- користећи обје руке, фиксирати између палчева и кажипрста доњи гумени држач маске, одвојити гумени држач и пребацити га напријед преко главе. Исти поступак поновити и за горњи гумени држач маске;
- адекватно одложити маску;
- поново спровести хигијену руку или наставити са скидањем преостале личне заштите опреме.

3.5. Употреба заштитне капе

Лична заштитна опрема за заштиту власишта (заштитна капа) примјењује се на мјестима и у пословима који захтијевају асептичне услове и на мјестима гдје постоји могућност прскања респираторног секрета приликом извођења одређених поступака. Заштитна капа приликом стављања треба да покрива комплетно власиште, при чему коса не смије да вири. У случају дуге косе, прије стављања заштитне капе коса мора бити уредно завезана. Капа може служити за вишекратну заштиту (од памучног материјала) или једнократну заштиту (од папира или поливинила). Вишекратна капа се након употребе одлаже у прљав веш, након прања и сушења спроводи се поступак стерилизације (програм за текстилне тканине), док се капа за једнократну заштиту одбацује у адекватну амбалажу (потенцијално инфективни отпад).

3.6. Употреба заштитних наочала и визира

Заштитне наочале или визир користе се увијек када постоји могућност излагања штетним утицајима који би могли надражити, инфицирати или озлиједити очи особља или болесника. Такође се користе и код захвата код којих постоји могућност прскања крви, излучевина и респираторног секрета. Заштитне наочале могу бити са сљепоочним дијелом или траком. Заштитне наочале или визир употребљавају се на начин да се:

- избјегава додиривање спољне стране наочала или визира током употребе и скидања због могуће контаминације руку. У случају контаминирања, треба одмах

спровести хигијенско прање руку или хигијенско утрљавање антисептика на бази алкохола.

- наочале са сљепоочним дијелом стављају се и скидају са обје руке, обухватањем палцем и кажипрстом сљепоочног дијела наочала;
- наочале и визир са траком стављају се помоћу обје руке, фиксирањем траке између палчева и кажипрста и превлачењем преко главе, и фиксирањем на тјеменом дијелу главе;
- наочале и визир скидају се помоћу обје руке, подвлачењем палчева испод траке на тјемену и фиксирањем траке кажипрстима, повлачењем и превлачењем преко главе;
- након употребе одлажу у одговарајућу амбалажу (ПВЦ кесе) и односе на прање (топлом водом и детерџентом) и дезинфиковање. У случају да се ради о опреми за једнократну употребу, након употребе одлажу се у адекватну амбалажу.

3.7. Употреба водоотпорног заштитног мантила или комбинезона

Једнократна заштитна одијела или комбинезони подразумијевају лагану и удобну радну одјећу која осигурава адекватну заштиту зависно од степена ризика. Употреба водоотпорних заштитних одијела или комбинезона спроводи се на сљедећи начин – да се:

- приликом облачења заштитног мантила навлачи прво једна рука до висине рамена, а затим на исти начин друга рука;
- затезање преко рамена и закопчавање завршава особа која присуствује облачењу и надгледа га;
- у скидању заштитног мантила помаже друга особа која, са навученим рукавицама, откопчава мантил, водећи рачуна да не додирује спољашњи контаминирани дио мантила. Особа у заштитном мантилу затим прихвата мантил објема рукама у висини рамена и свлачи мантил изврнут према унутрашњости;
- комбинезон се облачи на начин да се прво навуче једна ногавица, а затим друга ногавица и навуче се до висине појаса, а затим се навлачи једна рука, па друга рука. Рајсфершлус комбинезона се затим затвара до краја.
- комбинезон откопчати, те полако и пажљиво скидати од капуљаче до ногавица, увијањем, тако да унутрашња страна остане споља;
- одложити заштитни мантил и рукавице на адекватан начин (потенцијално инфективни отпад).

3.8. Употреба заштитних кецеља

Заштитна кецеља користи се ради заштите радне одјеће када постоји сумња од контаминације или у случајевима када постоји директан контакт између здравственог радника и пацијента. Мијења се између пацијената или након завршетка поступка и након употребе одлаже се на адекватан начин. Заштитне водонепропусне кецеље користе се приликом прања инструмената и након употребе врши се пребрисавање дезинфекционим средством.

3.8. Заштитне навлаке за обућу – кальаче

Заштитне навлаке за обућу користе се у просторијама гдје се захтијевају асептични услови рада и у просторијама у којим се настоји спријечити разношење патогена са заштитне обуће или обуће пацијената. Након употребе се одбацују као потенцијално инфективни отпад.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

2 РАЦИОНАЛНО КОРИШЋЕЊЕ ЛИЧНЕ ЗАШТИТНЕ ОПРЕМЕ – COVID-19

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак рационалног коришћења личне заштитне опреме.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Лична заштитна опрема (ЛЗО) – укључује рукавице, медицинске маске, заштитне наочале, штитник за лице, заштитне огртаче, заштитна одјела, респираторне маске (N95 или FFP2/FFP3), прегаче за специфичне поступке, обућу и заштиту за обућу.

2.2. Скраћенице

ЛЗО – лична заштитна опрема

COVID-19 – болест узрокована вирусом корона SARS-CoV-2.

3. ОПИС ПОСТУПКА

3.1. Превентивне мјере за болест COVID-19

COVID-19 се преноси блиским контактом и капљицама, а у највећој опасности су здравствени радници који су контакту са пацијентима и који његују пацијенте. Најефикасније мјере превенције у заједници су:

- провођење мјера хигијене руку, сапуном и водом или помоћу средстава на бази алкохола;
- избјегавати додиривање очију, носа и уста рукама;
- практиковати правилну респираторну хигијену (кашљањем и кихањем у савијен лакат или у папирну марамицу која се затим одмах одлаже);
- ношење хируршке маске и обављање хигијене руку након одлагања маске;
- одржавање физичке дистанце на удаљености од 2 метра од осталих особа.

Здравствене установе у оквиру процедуре за превенцију и контролу инфекције COVID-19 треба да предузму и додатне мјере предострожности, од стране здравствених радника, за личну заштиту и спречавање преноса вируса у здравственим установама, што укључује:

- тријажу пацијената, рано препознавање и изолацију обољелих особа и особа код којих постоји сумња на COVID-19;
- примјену свих процедура предострожности према свим пацијентима, што укључује обавезну хигијену руку;
- примјену додатних мјера предострожности током поступака у којима настају аеросоли.

Здравствени радници захтијевају додатне мјере опреза како би се заштитили од преноса инфекција у здравственој установи. Мјере укључују сљедеће:

- избор одговарајуће ЛЗО;
- употребу ЛЗО на одговарајући начин;
- обуку о облачењу, скидању и одлагању након коришћења ЛЗО.

Поред употребе ЛЗО у циљу заштите здравствених радника, здравствена установа мора предузети одговарајуће мјере контроле које се односе на сљедеће мјере:

1. **Административне контроле**
   - обезбјеђење адекватних ресурса за мјере спречавања и сузбијања инфекција повезаних са пружањем услуга здравствене заштите;
   - развијање документованих поступака за превенцију и контролу инфекција са пружањем услуга здравствене заштите;
   - једноставан приступ лабораторијским испитивањима;
   - одговарајућу тријажу и смјештај пацијената;
   - адекватан однос броја особља и пацијената;
   - обуку особља.
2. **Еколошке и архитектонске мјере контроле**
   - смањење ширења патогена и смањење контаминације површина и неживих предмета, што укључује осигурање адекватног простора, који осигурава физичку дистанцу од 2 m између пацијената и здравствених радника;
   - осигурати добру вентилацију просторија за изолацију за пацијенте код којих постоји сумња или потврђена болест COVID-19.

3.2. Смањити потребе за ЛЗО

Интервенције којима здравствена установа може утицати на рационално коришћење ЛЗО су сљедеће:

- у процјени сумњивих случајева на болест COVID-19 користити телефон, чиме се минимизира ризик да те особе долазе у здравствену установу: „Поступак процјене обољелих од болести COVID-19 путем телефона“;
- користити физичке баријере (пластични или стаклени прозори/преграде) у циљу смањења изложености COVID-19 болести. Овај приступ се може користити у просторијама у којима се пацијенти први пут јављају, као што је нпр. простор за тријажу и пултови за пријем пацијената;

- одложити процедуре које нису хитне и предузети мјере како би се смањио број долазака пацијената са хроничним обољењима;
- одредити здравствене раднике који ће радити само са пацијентима обољелим од COVID-19 болести;
- ограничити улазак осталих здравствених радника у просторије у којима се пружају здравствене услуге пацијентима обољелим од COVID-19 болести.

3.3. Осигурати рационално и правилно коришћење ЛЗО

У здравственој установи употреба ЛЗО треба да варира у складу са спровођењем активности запослених, процјеном ризика изложености и динамиком преноса патогена (нпр. контакт, капљице, аеросол). Препоруке за рационално коришћење ЛЗО су:

- врста ЛЗО треба да варира зависно од окружења, особља и активности које се предузимају у лијечењу и њези пацијената обољелих од COVID-19 болести и пацијената код којих постоји сумња на COVID-19 (прилог 1);
- здравствени радници укључени у непосредну његу и збрињавање пацијената обољелих од COVID-19 болести обавезно користе сљедећу ЛЗО: мантиле, рукавице, хируршке маске и заштиту за очи или да је користе у складу са ситуацијама описаним у прилогу 1;
- у процедурама у којима се очекује стварање аеросола (нпр. трахеална интубација, неинвазивна интубација, трахеостомија, кардио-пулмонална реанимација, вентилација амбу балоном прије интубације, бронхоскопија) здравствени радници користе: партикуларну маску, заштиту за очи, рукавице и водонепропусни огртач (прилог 2). Уколико огртачи нису водонепропусни, користити прегаче;

3.4. Привремене мјере о рационалном коришћењу ЛЗО

Здравствена установа, у складу са стањем ЛЗО, треба да размотри привремене мјере за рационално коришћење ЛЗО. Неке од мјера односе се на:

- пролонгирано коришћење ЛЗО, дуже од предвиђеног, али у складу са стандардом за конвенционалну употребу и препоруком произвођача. Употребу исте ЛЗО за више пацијената треба ограничити на сценарио када здравствени радници пружају континуитет његе или приликом процјене кохортних пацијената са потврђеним COVID-19. Овај сценарио захтијева и додатну обуку запослених за пролонгирано коришћење ЛЗО, како би се спријечила самоконтаминација усљед пролонгираног коришћења ЛЗО. У случају пролонгираног коришћења ЛЗО, обавезно прије коришћења провјерити рок трајања и стање опреме, јер коришћење и облачење могу утицати на перформансе. У изузетним случајевима, ЛЗО којој је истекао рок трајања може се користити и након тог периода уколико се може гарантовати да је она складиштена на одговарајући начин, изван утицаја влаге и контаминације, да је амбалажа неоштећена и нема видљивих знакова оштећења;
- препоручује се да се ЛЗО опрема за вишекратну намјену након употребе деконтаминира у складу са препорукама произвођача. Деконтаминацију ЛЗО за једнократну употребу здравствена установа треба размотрити као ванредну мјеру иначе само у ситуацијама када не постоје довољне залихе ЛЗО. Процес деконтаминације треба спроводити обучено особље у контролисаним и стандардизованим поступцима;
- алтернативе за ЛЗО здравствене установе треба да примијене тек када за њихову примјену постоји јасан став надлежних институција.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Препоручени тип личне заштитне опреме која ће се користити у контакту са пацијентима обољелим од COVID-19 болести, у складу са мјестом, особљем и врстом активности

Прилог 2. Облачење и скидање и ЛЗО код процедура код којих се очекује стварање аеросола

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Препоручени тип личне заштитне опреме која ће се користити у контакту са пацијентима обољелим од COVID-19 болести, у складу са мјестом, особљем и врстом активности

Локација	Радник или пацијент	Активност	Тип ЛЗО или процедура
Ванболничка и болничка установа			
Тријажа	Здравствени радници	Преглед који не укључује директан контакт	– Физичка дистанца од најмање 1 m – Није потребна ЛЗО – Стаклене или плексиглас преграде које осигуравају баријеру између здравствених радника и пацијената – Када физичка дистанца није могућа и/или стаклена/плексиглас баријера, користити медицинске наочале или заштиту за лице
	Пацијенти са респираторним симптомима	Било која	– Одржавати физичку дистанцу од најмање 1 m. – Пацијенту дати медицинску маску ако је прихвата
	Пацијент без респираторних симптома	Било која	– Није потребна ЛЗО
Амбуланта	Здравствени радници	Физикални преглед пацијента са респираторним симптомима	– Медицинска маска – Огртач – Одијело – Рукавице – Заштита за очи
	Здравствени радници	Физикални преглед пацијента без респираторних симптома	– ЛЗО према стандардним мјерама опреза и процјени ризика
	Пацијенти са респираторним симптомима	Било која	– Медицинска маска
	Спремачица	Након/између прегледа пацијента са респираторним симптомима	– Медицинска маска – Огртач – Одијело – Рукавице – Заштита за очи – Чизме или затворена обућа

Локација	Радник или пацијент	Активност	Тип ЛЗО или процедура
Чекаоница	Пацијенти са респираторним симптомима	Било која	– Медицинска маска – Одмах смјестити пацијента у одвојени простор, далеко од других, уколико није изведиво, осигурати физичку дистанцу од најмање 1 m
	Пацијенти без респираторних симптома	Било која	– Није потребна ЛЗО
Административно подручје	Сви радници, укључујући и здравствене раднике	Административни задаци	– Није потребна ЛЗО
Лабораторија	Здравствени радници	Манипулација узорцима/брисевима	– Медицинска маска – Огртач – Одијело – Рукавице – Заштита за очи (ако постоји ризик од прскања)
Возило хитне помоћи / санитетски превоз	Здравствени радници	Превоз пацијената са сумњом на присуство SARS-CoV-2 до здравствене установе	– Медицинска маска – Огртач – Одијело – Рукавице – Заштита за очи
	Возач	Који превози пацијента са сумњом на присуство SARS-CoV-2 и простор за возача одвојен је од остатка возила	– Физичка дистанца од најмање 1 m – Није потребна ЛЗО
		Помаже при уношењу пацијената са сумњом на присуство SARS-CoV-2	– Медицинска маска – Огртач – Одијело – Рукавице – Заштита за очи
		Нема директног контакта са пацијентом са сумњом на присуство SARS-CoV-2, али нема преграде између возача и остатка возила	– Медицинска маска
	Пацијент са сумњом на присуство SARS-CoV-2	Транспорт до здравствене установе	– Медицинска маска
	Спремачица / Возач санитетског возила	Након транспорта и између два транспорта пацијента са сумњом на присуство SARS-CoV-2 до здравствене установе	– Медицинска маска – Огртач – Одијело – Рукавице – Заштита за очи – Чизме или затворена радна обућа

Напомена: – Поред одговарајуће употребе ЛЗО, увијек треба да се проводи честа хигијена

руку и респираторна хигијена. ЛЗО треба да се одлаже у за то предвиђене кесе или контејнере након сваке употребе, а хигијену руку спровести прије и након употребе ЛЗО.

Прилог 2. Облачење и скидање и ЛЗО код процедура код којих се очекује стварање аеросола

ОБЛАЧЕЊЕ ЛЗО

Заштита за обућу

Навући заштиту за обућу (каљаче).

Хигијена руку

Утрљати дезинфекционо средство на бази алкохола.

Заштита за тијело

Изабрати одијело одговарајуће величине.

Заштита за руке

Горњи руб рукавица навући преко рукава одијела.

Заштита за уста и нос

Ставити маску (N95) и провјерити да ли добро налијеже на нос и уста.

Заштита за очи

Ставити заштитне наочале.

Заштита за главу

Навући капуљачу и закопчати одијело до доњег руба маске.

СКИДАЊЕ ЛЗО

1. Заштита за руке

Скинути рукавице и навући нове.

2. Заштита за тијело

Скинути једнократно заштитно одијело и бацити га у за то одговарајућу амбалажу.

3. Заштита за очи

Скинути заштитне наочале.

4. Заштита за косу

Скинути заштиту за косу.

5. Заштита за уста и нос

Скинути заштитну маску.

6. Заштита за обућу

Скинути заштиту за обућу.

7. Заштита за руке

Скинути рукавице.

Хигијена руку

Утрљати дезинфекционо средство на бази алкохола.

3 ХИГИЈЕНА И ДЕЗИНФЕКЦИЈА РУКУ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак хигијене и дезинфекције руку.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Овом процедуром није описан поступак хируршког прања руку.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Антисептично средство је средство које уклања односно инактивира микроорганизме или инхибира њихов раст на кожи, слузницама или ранама.

Течно антисептично средство за прање руку је антисептик који није на бази алкохола, већ се употребљава за хигијенско прање руку под млазом текуће воде.

Алкохолно средство за утрљавање је средство (текући, у облику гела или пјене) које је намијењено инактивацији микроорганизама или привремено спречава њихов раст на рукама. Наноси се на суве руке и не испира се.

Хигијенско прање руку представља поступак прања руку антисептичним средством за прање руку у циљу редуковања пролазне микробиолошке флоре, али без утицаја на трајну флору коже.

Хигијенско и хируршко утрљавања антисептика у руке представља поступак примјене антисептичног средства за утрљавање на бази алкохола у циљу редуковања пролазне микробиолошке флоре без утицаја на трајну флору коже.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: спријечити пренос инфекције на пацијента, особље (на самог себе), на опрему и окружење.

Мјере предострожности

- нокти на рукама морају бити уредно подсјечени (вршци ноктију се не смију видјети када се прсти гледају са палмарне стране јагодица постављених у висини очију) и чисти;
- умјетни нокти као и лак на природним ноктима забрањени су;
- уклонити накит с руку (прстење, наруквице и сат);
- на мјестима на којима особље здравствене установе спроводи хигијену и дезинфекцију руку постављају се слике са упутством.

3.1. Хигијенско прање руку

Хигијенско прање руку примјењује се:

- сваки пут када су руке видно прљаве, односно када су видно контаминиране крвљу или другим тјелесним течностима или излучевинама;
- прије почетка рада;
- послије сваког одсуства са радног мјеста, укључујући употребу тоалета;
- прије додира са лијековима,
- прије и послије сваког контакта са пацијентом приликом пружања здравствене његе;
- прије стављања и након скидања рукавица;
- након додира неживе средине (као што су медицински апарати) у непосредној близини пацијента.

Материјал и опрема

- течно антисептично средство за прање руку (течни сапун) са дозатором (диспензори);
- топла вода (45oC);
- папирни једнократни убруси;
- крема за руке.

Мјере предострожности

- опрема за одржавање хигијене руку (диспензори, лавабо, чесма, средство за прање руку, папирни убруси) морају бити исправни и доступни на свим мјестима на којима се одржава хигијена руку;
- средства за прање руку се не смију додавати у дјелимично испражњене диспензоре;
- диспензори се чисте и дезинфикују прије сљедећег пуњења;
- средства за одржавање хигијене руку морају бити угодна за примјену и неиритирајућа за кожу.

Поступак

- укупно трајање поступка 40–60 секунди (слика 1);
- поквасити руке и подлактице под млазом топле воде;
- на скупљену шаку нанијети довољну количину антисептичног течног сапуна (3–5 ml), да покрије читаву површину руку;
- трљати чврсто, да се створи пјена, најмање десет секунди, поштујући сљедећих шест правила:
  1) трљати длан о длан;
  2) трљати длан десне шаке о надланицу лијеве шаке, и обрнуто;
  3) испреплести прсте и трљати простор између прстију;
  4) објема шакама ухватити прсте супротне руке и трљати их кружним покретима;
  5) кружно трљати лијеви палац у десном длану и десни у лијевом;
  6) кружно трљати напријед-назад врхове прстију десне руке о лијеви длан и лијеви о десни длан;

– руке темељно испирати под млазом топле воде најмање десет секунди;
– посушити руке једнократним убрусом;
– употријебљеним убрусом затворити славину те убрус одбацити у канту за смеће.

3.2. Хигијенско утрљавање антисептика у руке

Хигијенско утрљавање антисептика у руке може се користити као замјена за хигијенско прање руку у сљедећим ситуацијама:

– прије и након директног контакта са пацијентом;
– прије руковања са инвазивним инструментима за његу пацијената (без обзира на то употребљавају ли се рукавице или не);
– након контакта са крвљу, тјелесним течностима или излучевином (пљувачком, желучаним садржајем, вагиналним секретом), слузокожом, оштећеном кожом или коришћеним завојним материјалом;
– након контакта са контаминираним мјестом на пацијентовом тијелу, а прије контакта са другим дијелом тијела истог пацијента;
– након контакта околине у непосредној близини пацијента (нпр. медицински апарати);
– након скидања стерилних или нестерилних рукавица.

Материјал и опрема

– антисептик на бази алкохола (најмање 60% алкохола);

Мјере предострожности

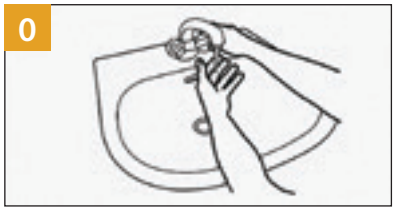
– користити средство за дезинфекцију руку на бази алкохола које садржи најмање 60% алкохола (обично означен као етанол, етил алкохол, изопропанол или 2-пропанол) и
– примијенити у складу на упутством произвођача и
– диспензори са средствима на бази алкохола не смију бити од лако запаљивог материјала.

Поступак

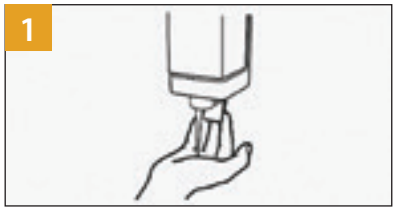
– укупно трајање поступка 20–30 секунди (слика 2)
– нанијети дезинфекционо средство на скупљену шаку у довољној количини (3 до 5 ml), тако да покрије читаву површину руку;
– дезинфекционо средство утрљати поштујући сљедећих седам правила:
  1) трљати длан о длан;
  2) дланом једне руке трљати надлактицу друге руке са укршеним прстима обје руке;
  3) трљати длан о длан са укрштеним прстима;
  4) са „закаченим прстима“ трљати горњи дио прстију о длан друге руке;
  5) палац обухватити шаком друге руке и кружно трљати (обје руке);
  6) ротирајућим покретима трљати савијене прсте једне руке о длан друге руке (обје руке) и
  7) руке су безбједне када су осушене.

Техника хигијенског прања руку водом и сапуном

Укупно трајање поступка: 40–60 секунди

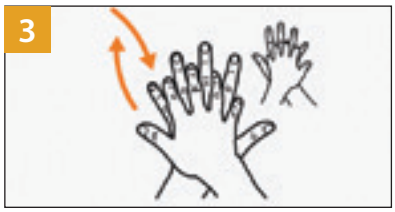


Навлажити руке водом



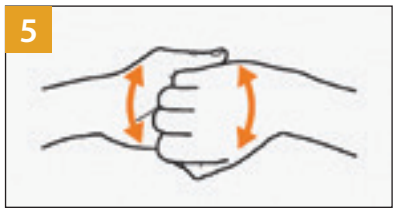
Узети сапун у количини довољној да прекрије читаву површину руку

Трљати длан о длан



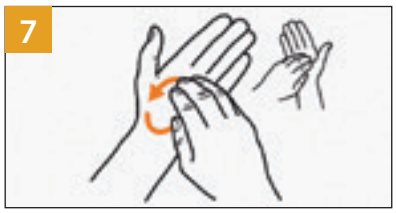
Дланом једне руке трљати надланицу друге руке са укрштеним прстима (обје руке)

Трљати длан о длан са укрштеним прстима

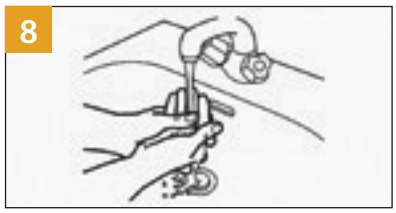


Обухватити прсте руку и трљати горњи дио прстију од длана друге руке

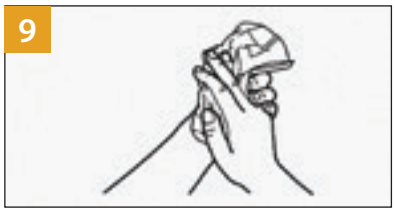
Палац обухватити шаком друге руке и кружно трљати (обје руке)



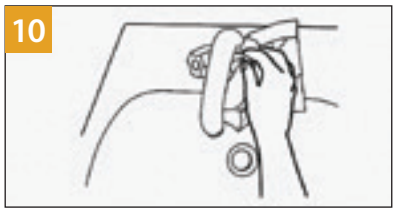
Ротирајућим покретима трљати савијене прсте једне руке од длана друге руке (обје руке)



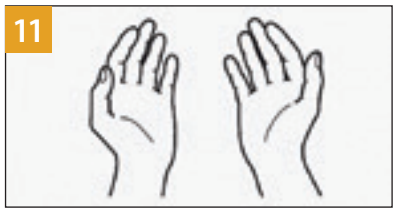
Испрати руке под водом



Темељно осушити руке једнократним папирним убрусом



Искористити убрус за затварање воде

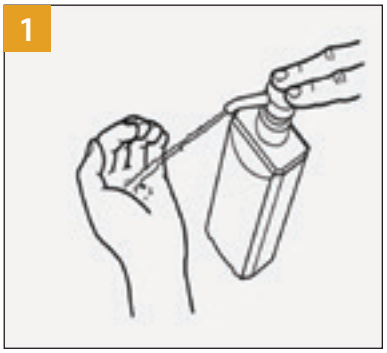


Ваше руке су сада безбједне

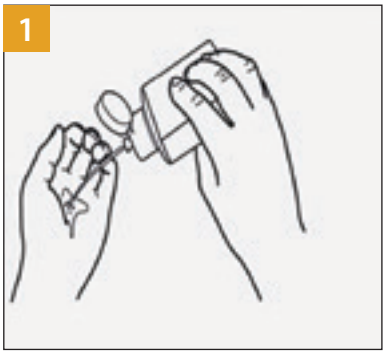
Слика 1 – Хигијенско прање руку

Хигијенско утрљавање антисептика у руке

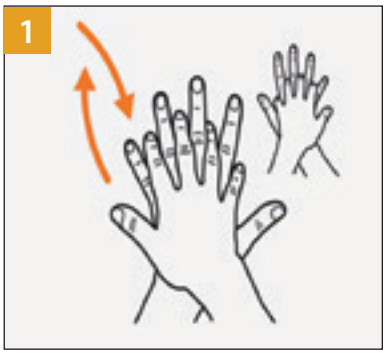
Укупно трајање поступка: 40–60 секунди



Нанијети средство у скупљену шаку, довољно да прекрије читаву површину руке.

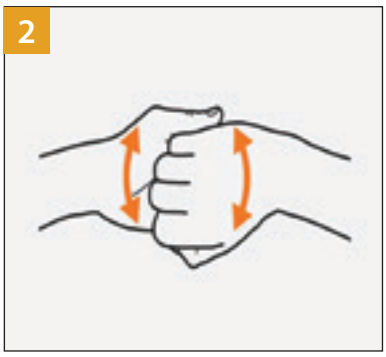


Трљати длан о длан.

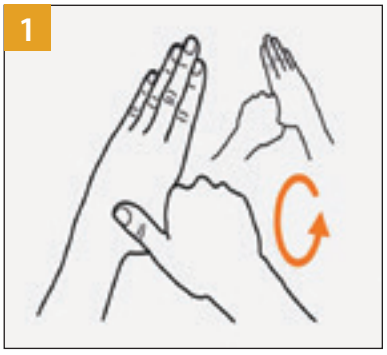


Дланом једне руке трљати надлактицу друге руке са длан укрштеним прстима (обје руке).

Трљати длан о длан са укрштеним прстима.

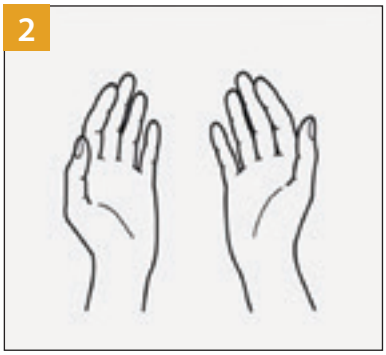


Са "закаченим" прстима, трљати горњи дио прстију о другу руку.



Палац обухватити шаком друге руке и кружно трљати (обје руке).

Ротирајућим покретима трљати савијене прсте једне руке о длан друге руке (обје руке).



Руке су безбједне када се осуше.

Слика 2. Хигијенско утрљавање антисептика у руке

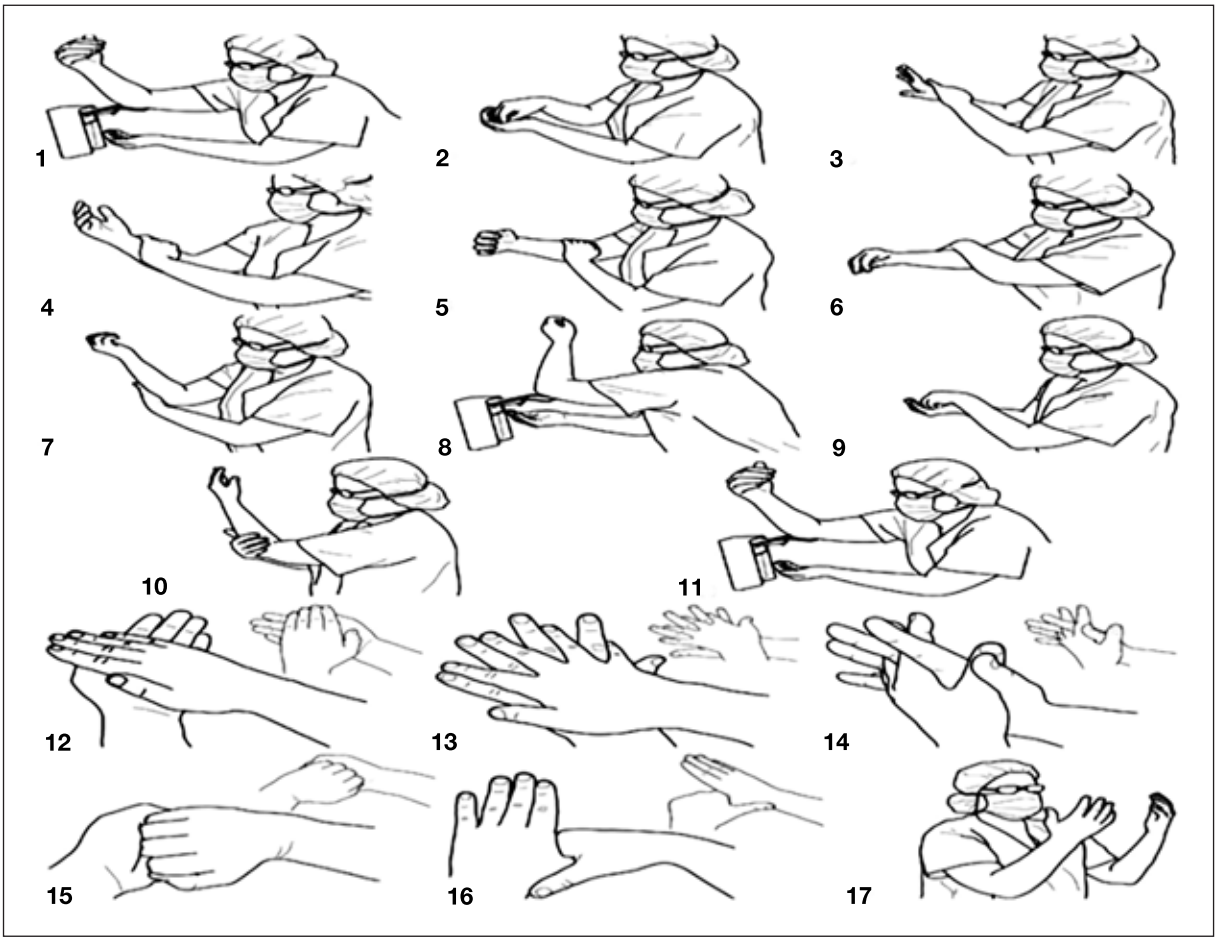
3.3. Хируршко утрљавање антисептика у руке

Материјал и опрема

– антисептично средство које садржи хлорхексидин глуконат или квартернарна једињења амонијака;

Поступак

– нанијети 3 до 5 ml алкохолног дезинфекционог средства на длан лијеве руке, користећи лакат десне руке за притискање полуге на дисперзору;
– врхови прстију десне руке се 5 секунди потапају у антисептик, како би се дезинфиковали дијелови прстију испод ноката;
– антисептик се утрљава у десну подлактицу, у правцу од шаке ка лакту. Користе се кружни покрети око подлактице, осигуравајући да је сва кожа покривена, све док антисептик не испари у потпуности (10–15 секунди).
– око 5 ml антисептика (3 дозе) сипа се у длан десне руке, користећи лакат лијеве руке за притискање полуге на диспензору.
– врхови прстију лијеве руке се 5 секунди потапају у антисептик, да би се дезинфиковали дијелови прстију испод ноката.
– антисептик се утрљава у лијеву подлактицу, у правцу од шаке ка лакту. Користе се кружни покрети око подлактице, осигуравајући да је сва кожа покривена, све док антисептик не испари у потпуности (10–15 секунди).



Слика 3. Утрљавање дезинфекционог средства

- око 5 ml антисептика (3 дозе) насипа се у длан лијеве руке, користећи лакат десне руке за притискање полуге на диспензору. Антисептик се користи за утрљавање у обје шаке, у трајању 20–30 секунди.
- комплетна површина дланова покрива се антисептиком, све до ручних зглобова, при чему се дланови ротирајућим покретима трљају један о други.
- надланица и ручни зглоб лијеве руке трљају се дланом десне руке, користећи покрете напријед-назад. Поступак се понавља на другој руци.
- дланови се трљају један о други, покретима напријед-назад, са међусобно укрштеним прстима. Поступак се понавља прстима укрштеним на други начин.
- са „закаченим" прстима, горњи дио прстију једне руке трља се о длан друге руке, покретима напријед-назад. Поступак се понавља са другом руком.
- палац лијеве руке обухвати се дланом десне руке и трља се ротирајућим покретима. Поступак се понавља са палцем друге руке.
- када се руке осуше, облачи се хируршка одјећа и стерилне рукавице.

Напомена: Избор поступка прања руку зависи од процјене шта је потребно за одређену врсту посла, односно од процјене степена ризика.

3.4. „Мојих пет корака за хигијену руку"

„Мојих пет корака за хигијену руку" концепт је развијен од стране групе стручњака Свјетске здравствене организације кроз Смјернице за хигијену руку. Кораци (индикације) за хигијену руку дефинисани су као могућност преноса микроорганизама с једне тачке на другу или са руку здравствених радника на пацијента, односно на његову околину, или са пацијента, односно његове околине, на руке здравственог радника.

Кораци (индикације) за хигијену руку (прилог 1. Пет корака за хигијену руку):

- **Корак 1: Прије контакта са пацијентом, односно његовом околином** – То је корак између посљедњег контакта руку и површина које припадају подручју око пацијента и првог контакта руку са објектима и површинама у зони пацијента. У овом кораку хигијена руку првенствено служи за превенцију колонизације пацијента са микроорганизмима из околине пацијента. Хигијена руку неопходна је како би се заштитио пацијент од флоре коју здравствени радници носе на рукама.
- **Корак 2: Прије асептичног поступка** – То је корак између посљедњег контакта са површином, кожом пацијента или другим објектима у зони пацијента, а прије асептичног поступка (успостављање венског пута, давања инјекције и др.). Приликом извођења поступака који захтијевају ношење рукавица (нпр. пласирање уринарног катетера), као дио стандардног поступка, хигијена руку се спроводи прије стављања и након скидања рукавица. У овом кораку, хигијена руку служи за превенцију инфекције повезане са пружањем здравствене заштите (његе) и спроводи се како би се пацијент заштитио од уласка штетних микроорганизама у његово тијело, укључујући и његове властите микроорганизме.
- **Корак 3: Након излагања ризику од контаминације тјелесним течностима и излучевинама пацијента** – То је корак након медицинског поступка повезаног са ризиком од излагања руку тјелесним течностима пацијента. Хигијена руку се спроводи одмах прије било којег сљедећег контакта руку – површина, чак и унутар зоне истог пацијента. У овом случају, хигијена руку има двојаки ефекат. Као прво, превенција ризика од колонизације или инфекције здравствених радника,

а као друго, смањује се ризик преноса са колонизованог мјеста на чисто мјесто пацијента. Хигијена руку је неопходна како би здравствени радник заштитио себе и околину од микроорганизама. За вријеме медицинских поступака приликом којих долази до контакта са крвљу или тјелесним течностима неопходно је ношење рукавица.

– **Корак 4: Након контакта са пацијентом** – То је корак контакта са пацијентом и напуштање зоне пацијента. Хигијеном руку превенира се пренос пацијентове флоре са контаминираних руку здравствених радника, ширење микроорганизама на подручје око пацијента. Хигијена руку се спроводи у циљу заштите здравствених радника и околине од штетних пацијентових микроорганизама.
– **Корак 5**: **Након контакта са окружењем пацијента, ако и није било контакта са пацијентом –** То је корак прије и након контакта с било којом површином у зони пацијента. Понекад се два корака за хигијену руку догоде истовремено. У таквим тренуцима, хигијена руку спроводи се само једанпут (нпр. мјерење пулса једном пацијенту, а затим мјерење пулса другом пацијенту у истом простору – иста амбуланта).

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Пет корака за хигијену руку

1.	**Прије контакта са пацијентом или његовом околином**	**КАДА**	Опрати руке или утрљати антисептик прије контакта са пацијентом сваки пут када се прилази пацијенту
		ЗАШТО?	Да заштитите пацијента од излагања микроорганизмима које носите на рукама
2.	**Прије спровођења асептичних поступака**	**КАДА**	Опрати или утрљати антисептик на бази алкохола прије било којег асептичног поступка
		ЗАШТО?	Да заштитите пацијента од уласка штетних микроорганизама у његово тијело, укључујући при томе и његове властите микроорганизме.
3.	**Након ризика излагања тјелесним текућинама**	**КАДА**	Опрати руке или утрљати антисептик на бази алкохола након ризика излагања тјелесним течностима или излучевинама (и након скидања рукавица)
		ЗАШТО?	Да заштитите себе и околину од штетних пацијентових микроорганизама
4.	**Након контакта са пацијентом**	**КАДА**	Опрати руке или утрљати антисептик на бази алкохола након додиривања пацијента и његове непосредне околине при одласку
		ЗАШТО?	Да заштитите себе од штетних пацијентових микроорганизама
5.	**Након контакта са окружењем пацијента**	**КАДА**	Опрати руке или утрљати антисептик на бази алкохола након додиривања било којег предмета или намјештаја у непосредној близини пацијента у одласку, чак и ако нисте додиривали пацијента
		ЗАШТО?	Да заштитите себе и окружење од штетних пацијентових микроорганизама

4 ДЕКОНТАМИНАЦИЈА МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинишу се мјере и активности у поступку деконтаминације медицинских средстава.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Деконтаминација – процес којим се одстрањују или уништавају прљавштина и микроорганизми са предмета. Појам обједињује процесе чишћења, дезинфекције и/или стерилизације (прилог 1).

Чишћење – физичко уклањање тјелесних материја, прашине или страних материја са предмета и површина.

Детерџент – супстанца или смјеса која садржи сапуне, односно друге супстанце које имају површински активна својства (сурфактанте) и користи се за прање и чишћење.

Дезинфекција – скуп мјера и поступака који се предузимају с циљем уништавања, успоравања раста и размножавања патогених и других микроорганизама на површини тијела, предметима, материјалу, опреми и у простору.

Дезинфекционо средство – хемијско антимикробно средство које се примјењује за дезинфекцију медицинских средстава, радних просторија и површина.

Медицинска средства – инструменти, апарати, материјал и други производи који се примјењују на људима и који своју основну намјену, одређену од произвођача, не постижу на основу фармаколошке, имунолошке или метаболичке активности, већ се користе сами или у комбинацији, укључујући и софтвер потребан за правилну употребу.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити сигуран и ефикасан процес деконтаминације медицинских средстава.

3.1. Прибор, опрема и средства за деконтаминацију

- одговорна особа / тим за спречавање и сузбијање инфекција повезаних са пружањем услуга здравствене заштите формира листу прибора и опреме за деконтаминацију медицинских средстава, у складу са потребама установе и препорукама произвођача медицинских средстава;
- одговорна особа / тим за спречавање и сузбијање инфекција повезаних са пружањем услуга здравствене заштите формира листу детерџената и дезинфицијенаса који су у употреби, која садржи препоручене концентрације детерџената и дезинфицијенаса према намјени и нивоу ризика (прилог 2 и 3);
- набавку прибора, опреме и средстава за деконтаминацију медицинских средстава у организационој јединици врши одговорна медицинска сестра – техничар, у складу са процедуром набавке установе;
- одговорна медицинска сестра – техничар редовно прати стање залиха прибора, опреме и средстава за деконтаминацију у организационој јединици и припрема захтјев за набавку у складу са потребама, максимално дозвољеним количинама и одређеним временским интервалима договореним на нивоу установе;
- захтјев за набавку прибора, опреме и средстава за деконтаминацију (нпр. требовање, наруџбеница) одобрава и потписује руководилац организационе јединице.

3.2. Чување прибора, опреме и средстава за деконтаминацију

- обезбијеђен је одвојен простор/просторија у којој се чувају и припремају за коришћење прибор, опрема и средства за деконтаминацију медицинских средстава, који је недоступан неовлаштеним лицима и под кључем, видљиво обиљежен знаком биохазарда, довољно пространа за чување прибора, опреме и средстава у складу са потребама установе, са приступом доводу и одводу воде, раздвојеним прљавим од чистих зона, површинама које могу лако да се чисте и дезинфикују, добро освијетљен и прозрачиван;
- прибор и опрема за деконтаминацију чувају се и одржавају у исправном стању (води се евиденција о тестирању и сервисирању опреме), и користе се у складу са упутством произвођача;
- хемикалије (детерџенти и дезинфицијенси) се у простору/просторији чувају уз доступан безбједносно-технички лист, у оригиналним паковањима, у складу са категоријама опасности (нпр. лако запаљива средства у металним ормарима), јасно и видљиво обиљежене;
- у простору/просторији гдје су смјештене хемикалије на видном мјесту постоје опште информације о начину поступања са хемикалијама у складу са процедуром „Чишћење и дезинфекција радних просторија и површина".

3.3. Простор/просторија у којој се врши деконтаминација

- обезбијеђен је одвојен простор/просторија у којој се врши деконтаминација медицинских средстава, која је недоступна неовлаштеним лицима и под кључем, има приступ доводу и одводу воде, те унутар које постоји јасно разграничење на чисти и прљави дио, односно, једносмјеран ток од чистих до прљавих зона;

Напомена: простор/просторија у којој се врши деконтаминација може се истовремено користити и за стерилизацију, уз јасно разграничење ова два процеса, односно, чистих и прљавих зона.

3.4. Чишћење медицинских средстава на мјесту примјене (претчишћење)

- опрати и посушити руке;
- обући личну заштитну опрему (дебље заштитне гумене или нитрилне рукавице, непропусна прегача, визир/наочале, маска, затворена обућа);
- одмах након употребе медицинских средстава (на мјесту примјене) одложити једнократна медицинска средства као медицински отпад, а оштре предмете за вишекратну употребу одвојити, како би се минимизирао ризик за повреду особља;
- медицинска средства за вишекратну употребу раставити на саставне дијелове, те отворити зглобне инструменте, како би се све површине добро очистиле;
- са медицинских средстава уклонити видљиве нечистоће (остаци ткива, гној, материјал за лијепљење, као што је коштани цемент и сл.) пребрисавањем чистом влажном крпом/тупфером;
- уколико није могуће извршити чишћење на лицу мјеста, извршити предтретман (претчишћење) медицинских средстава натапањем у одговарајућем раствору детерџента или прскањем медицинског средства ензимским спрејом (кад год је могуће, одабрати детерџент или ензимски спреј који препоручује произвођач медицинских средстава и никада не користити физиолошки раствор за натапање);
- уколико се даље процесирање медицинских средстава не врши на мјесту употребе већ нпр. у централној стерилизацији, медицинска средства транспортовати на даље процесирање влажна (попрскана ензимским спрејом или прекривена пешкиром натопљеним водом или пјеном посебно намијењеном за ове прилике), у затвореним непропусним и непробојним посудама, у што краћем времену;
- адекватно одложити личну заштитну опрему за једнократну употребу, а врућом водом и детерџентом опрати личну заштитну опрему за вишекратну употребу и оставити да се осуши на ваздуху;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: Натапање медицинских средстава (инструмената) у 0,5% раствор хлора или било које друго дезинфекционо средство прије чишћења не препоручује се, јер то може оштетити медицинско средство. Такође, органски остаци (крв, гној) могу инактивирати дезинфекционо средство, чиме оно може постати извор контаминације микроорганизмима и извор стварања биофилма.

3.5. Ручно чишћење медицинских средстава

Користи се за медицинска средства која захтијевају специјално чишћење (нпр. лумени са уским отвором) или се не могу потапати (нпр. уређаји на батерије). Претходи механичком чишћењу у ултразвучним кадицама и/или аутоматским уређајима за прање или се изводи као самосталан процес.

3.5.1 Ручно чишћење методом потапања

- опрати и посушити руке;
- обући личну заштитну опрему (дебље заштитне гумене или нитрилне рукавице, непропусна прегача, визир/наочале, маска, затворена обућа);

- напунити намјенски судопер или здјелу одговарајуће величине топлом водом (температуре од +27° C до +44° C), у количини довољној да се медицинска средства могу потпуно потопити;
- сипати детерџент у количини наведеној у упутству произвођача, како би се добио раствор за чишћење одговарајуће концентрације на одговарајућој температури;
- потопити потпуно растављена или отворена медицинска средства у припремљени раствор, поштујући контактно вријеме препоручено од стране произвођача;
- користећи четке са меканим најлонским влакнима, детаљно очистити медицинска средства, држећи их потопљене под водом како би се смањило генерисање аеросола (никада не чистити под млазом текуће воде!), а посебну пажњу обратити на тешко доступне дијелове (за чишћење лумена инструмента одабрати четке истог пречника као лумен и довољно дугачке да изађу кроз дистални дио инструмента);
- прегледати често медицинска средства да би се провјерило да ли су све површине чисте;
- медицинска средства извадити из раствора за чишћење, ослободити од остатака течности, премјестити у други судопер или здјелу одговарајуће величине са чистом пречишћеном водом, потопити и обилно испрати (пиштољима са водом под притиском или великим бризгалицама);
- осушити медицинска средства у складу са упутама произвођача (брисањем крпом без влакана за једнократну употребу или пустити да се осуше на ваздуху);
- дезинфиковати и/или стерилисати коришћени прибор за чишћење, односно, одбацити као медицински отпад коришћени прибор за једнократну употребу;
- адекватно одложити личну заштитну опрему;
- опрати и посушити руке;
- прегледати медицинска средства да би се провјерило да ли су све површине чисте, ако нису, поновити поступак, ако јесу, прећи на даље процесирање медицинских средстава (дезинфекција);
- евидентирати спроведени поступак.

3.5.2 Ручно чишћење методом без потапања

- опрати и посушити руке;
- обући личну заштитну опрему (рукавице, маска);
- детаљно пребрисати растављена или отворена медицинска средства крпом без влакана за једнократну употребу и детерџентом, док се не уклоне све видљиве нечистоће;
- темељно пребрисати медицинска средства влажном крпом без влакана за једнократну употребу, док се не уклоне сви остаци детерџента;
- осушити медицинска средства у складу са упутама произвођача (брисањем крпом без влакана за једнократну употребу или пустити да се осуше на ваздуху);
- адекватно одложити личну заштитну опрему;
- опрати и посушити руке;
- прегледати медицинска средства да би се провјерило да ли су све површине чисте, ако нису, поновити поступак, ако јесу, прећи на даље процесирање медицинских средстава (дезинфекција);
- евидентирати спроведени поступак.

3.6 Механичко чишћење

Овај начин чишћења треба користити кад год је могуће, јер је поступак стандардизован и даје досљедне резултате. Механичко чишћење проводи се путем ултразвучних кадица (најчешће у стоматологији за полукритична и критична медицинска средства која имају зглобне спојеве, бразде, лумене или друге компоненте које је тешко очистити) и аутоматизованих уређаја за прање и/или дезинфекцију.

3.6.1 Механичко чишћење путем ултразвучне кадице

- претходно извршити чишћење или претчишћење медицинских средстава на мјесту примјене, према раније описаном поступку;
- опрати и посушити руке;
- обући личну заштитну опрему (рукавице, непропусна прегача, визир/наочале, маска, затворена обућа);
- ултразвучну кадицу напунити топлом водом (температуре од +27°C до +44°C);
- додати одговарајућу количину детерџента према упутству произвођача;
- напунити корпу за чишћење медицинским средствима (која није потребно растављати), те поставити корпу у кадицу тако да су медицинска средства потпуно потопљена;
- одабрати одговарајућу температуру и вријеме, који су у складу са упутством произвођача детерџента, и покренути циклус чишћења;
- након завршетка циклуса, испрати медицинска средства хладном водом и осушити у складу са упутствима произвођача (брисањем крпом без влакана за једнократну употребу или пустити да се осуше на ваздуху);
- адекватно одложити личну заштитну опрему;
- опрати и посушити руке;
- прегледати медицинска средства да би се провјерило да ли су све површине чисте, ако нису, поновити поступак, ако јесу, прећи на даље процесирање медицинских средстава (дезинфекција);
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: Воду са средством за чишћење мијењати минимално свакодневно, а на крају сваког дана очистити ултразвучну кадицу у складу са упутствима произвођача. За контролу чишћења користити тестове у складу са упутством произвођача.

3.6.2 Механичко чишћење путем аутоматизованог уређаја за прање

- претходно извршити чишћење или претчишћење медицинских средстава на мјесту примјене, према раније описаном поступку;
- опрати и посушити руке;
- обући личну заштитну опрему (рукавице, маска);
- додати одговарајућу количину детерџента за машинско прање према упутству произвођача;
- медицинска средства правилно сортирати у решетке за прање:
- осјетљиве инструменте (нпр. каниле) осигурати у сталцима или посебним држачима, при томе водити рачуна о томе да се не преоптерете решетке;
- велике сетове инструмената поставити у неколико решетака да би се осигурало да водени млаз допре до свих дијелова инструмената;

- одабрати адекватан програм за прање, у складу са препорукама произвођача;
- адекватно одложити личну заштитну опрему;
- опрати и посушити руке;
- прегледати медицинска средства да би се провјерило да ли су све површине чисте, ако нису, поновити поступак, ако јесу, прећи на даље процесирање медицинских средстава (паковање за стерилизацију);
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: За контролу чишћења користити тестове у складу са упутством произвођача.

3.7. Дезинфекција медицинских средстава

Након темељног чишћења, медицинска средства најчешће се подвргавају хемијској, те физичкој дезинфекцији топлотом.

3.7.1 Хемијска дезинфекција медицинских средстава

- опрати и посушити руке;
- обући личну заштитну опрему (рукавице, непропусна прегача, визир/наочале, маска, затворена обућа);
- напунити намјенски судопер или посуду одговарајуће величине водом, у количини довољној да се медицинска средства могу потпуно потопити;
- сипати дезинфицијенс у количини наведеној у упутству произвођача, како би се добио раствор за чишћење одговарајуће концентрације;
- потопити потпуно растављена или отворена медицинска средства у припремљени раствор, поштујући контактно вријеме препоручено од стране произвођача;
- након потапања, медицинска средства испрати и осушити у складу са упутством произвођача;
- медицинска средства која се не могу потапати, дезинфиковати пребрисавањем једнократном папирном компресом натопљеном дезинфицијенсом и пребрисати крпом без влакана;
- адекватно одложити личну заштитну опрему;
- опрати и посушити руке;
- прегледати медицинска средства да би се провјерило да ли су све површине чисте, ако нису, поновити поступак, ако јесу, медицинска средства која не иду на даље процесирање одложити на мјесто чувања заштићено од спољних утицаја, а медицинска средства која иду прослиједити на даље процесирање (паковање за стерилизацију);
- евидентирати спроведени поступак.

3.7.2 Физичка дезинфекција медицинских средстава

- дезинфекција топлотом обавља се у аутоматизованом уређају за прање и/или дезинфекцију, одабиром одговарајућег програма, у складу са претходно описаним поступком и упутама произвођача.

3.8. Надзор над деконтаминацијом медицинских средстава

- надзор над радом медицинских сестара – техничара који спроводе деконтаминацију медицинских средстава врши главна медицинска сестра –техничар установе / одговорна медицинска сестра – техничар организационе јединице.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Дијаграм тока деконтаминације

Прилог 2. Подјела медицинских средстава према нивоу репроцесирања

Прилог 3. Сажетак антимикробне активности често коришћених дезинфекционих средстава и њихове препоручене концентрације и особине

4.2. Обрасци

1. Евиденција о деконтаминацији

Прилог 1. Дијаграм тока деконтаминације

Прилог 2. Подјела медицинских средстава према нивоу репроцесирања (модификовано према Rutala WA. et al. *Guideline for disinfection and sterilisation for healthcare facilities*)

ПОДЈЕЛА МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА	НИВО РЕПРОЦЕСИРАЊА	ВРСТА ДЕЗИНФИЦИЈЕНСА	ПРИМЈЕРИ МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА
Критично Медицинско средство у контакту са стерилним ткивима, укључујући циркулацију пацијента	**Стерилизација** (којој претходи чишћење и дезинфекција)	/	Хируршки инструменти; имплантати; ендоскопи* (артроскопи, лапароскопи, цистоскопи); насадни инструменти у стоматологији.
Полукритично Медицинско средство у контакту са мукозним мембранама или оштећеном кожом пацијента	**Висок ниво дезинфекције** (ком претходи чишћење)	Глутаралдехид 2%; ортофталалдехид 0,55%; персирћетна киселина 0,2%; водоник пероксид 7,5%.	Опрема за анестезију; флексибилни ендоскопи*; цистоскопи; тонометри.
Некритично Медицинско средство у контакту са неоштећеном кожом пацијента	**Средњи ниво дезинфекције** (ком претходи чишћење)	Натријум хипохлорит 5,25 –6,15%.	Хидротерапијске каде.
	Низак ниво дезинфекције (ком претходи чишћење)	Алкохол 60–70% (етил или изопропил)	Стетоскопи; термометри; пулсни оксиметри.

* Неки ендоскопи спадају у критична медицинска средства (артроскопи, лапароскопи, цистоскопи), и подлијежу стерилизацији, али ако их није погодно стерилисати, дозвољава се висок ниво дезинфекције, као и за флексибилне ендоскопе који спадају у полукритична медицинска средства.

Прилог 3. Сажетак антимикробне активности често коришћених дезинфекционих средстава и њихове препоручене концентрације и особине (модификовано према *Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities. WHO*)

ДЕЗИНФЕКЦИОНО СРЕДСТВО	АНТИМИКРОБНА АКТИВНОСТ					ОСТАЛЕ ОСОБИНЕ			
	БАКТЕРИЈЕ	МИКОБАКТЕРИЈЕ	СПОРЕ	ВИРУСИ СА ОМОТАЧЕМ	ВИРУСИ БЕЗ ОМОТАЧА	СТАБИЛНОСТ	ИНАКТИВАЦИЈА ОРГАНСКИМ МАТЕРИЈАМА	КОРОЗИВАН/ ШТЕТАН	ИРИТАНТАН/ НАДРАЖУЈУЋИ
Алкохол 60–70% (етанол или изопропанол)	+++	+++	–	++	++	Да (у затвореној посуди)	Да (фиксативан)	Благо	Не
Агенси који отпуштају хлор (0,5 – 1% расположивог хлора)	+++	+++	+++	+++	+++	Не (< 1 дан)	Да	Да	Да
Бистри растворљиви феноли (1–2%)	+++	++	–	++	+	Да	Не	Благо	Да
Глутаралдехид (2%)	+++	+++	+++	+++	+++	Умјерено (14–28 дана)	Не (фиксативан)	Не	Да
Персирћетна киселина (0,2 – 0,35%)	+++	+++	+++	+++	+++	Не (< 1 дан)	Не	Благо	Благо
Пероксидна једињења* (3–6%)	+++	±	±	+++	±	Умјерено (7 дана)	Да	Благо	Не

Активност +++ = добра, ++ = умјерена, ± = промјењљива, – = нема активности или је недовољна. *Активност варира са концентрацијом

ЕВИДЕНЦИЈА О ДЕКОНТАМИНАЦИЈИ																																
Евиденција за мјесец:_____године										**Служба/амбуланта:_____**												**Дезинфекционо средство:_____**										
Медицинско средство	Кол.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Медицинско средство очишћено																																
Почетак потапања у дезинфекционо средство (сат/минут)																																
Завршетак потапања у дезинфекционо средство (сат/минут)																																
Потпис																																

	Датум_____	Контролисао_____

5 СТЕРИЛИЗАЦИЈА МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинишу се мјере и активности у поступку стерилизације.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2 ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1 Термини

Стерилизација – процес којим се уништавају сви живи облици микроорганизама и њихове споре. Стерилизација се спроводи врућом воденом паром под притиском, сувим врелим ваздухом, етилен оксидом, плазма пероксидом или гама зрачењем.

2.2 Скраћенице

FIFO (*First In First Out*) – први унутра – први вани

FEFO (*First Expired First Out*) – први истиче – први вани

3 ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: уништавање свих живих облика микроорганизама (непатогени, патогени и њихове споре) с предмета, медицинске опреме, инструмената и материјала који долазе у контакт са пацијентом.

3.1 Прибор и опрема за стерилизацију

- одговорна особа / тим за спречавање и сузбијање инфекција повезаних са пружањем услуга здравствене заштите формира листу прибора и опреме за стерилизацију медицинских средстава у складу са потребама установе и препорукама произвођача медицинских средстава која се стерилишу;
- набавку прибора, опреме и средстава за стерилизацију у организационој јединици врши одговорна медицинска сестра – техничар у складу са процедуром набавке установе;
- одговорна медицинска сестра – техничар редовно прати стање залиха прибора и опреме за стерилизацију у организационој јединици и припрема захтјев за набавку у складу са потребама, максимално дозвољеним количинама и одређеним временским интервалима договореним на нивоу установе;
- захтјев за набавку прибора и опреме за стерилизацију (нпр. требовање, наруџбеница) одобрава и потписује руководилац организационе јединице.

3.2 Чување прибора и опреме за стерилизацију

- обезбијеђен је одвојен простор/просторија у којој се чувају и припремају за коришћење прибор и опрема за стерилизацију медицинских средстава, која је

недоступна неовлаштеним лицима и под кључем, видљиво обиљежена, довољно пространа за чување прибора и опреме у складу са потребама установе, са приступом доводу и одводу воде, раздвојеним прљавим од чистих зона, површинама које могу лако да се чисте и дезинфикују, добро освијетљен и прозрачиван;

– прибор и опрема за стерилизацију чувају се и одржавају у исправном стању (води се евиденција о тестирању и сервисирању опреме), и користе се у складу са упутством произвођача.

3.3 Простор/просторија у којој се врши стерилизација

– обезбијеђен је одвојен простор/просторија у којој се врши стерилизација медицинских средстава, која је недоступна неовлаштеним лицима и под кључем, јасно обиљежена као зона високог ризика за настанак интрахоспиталних инфекција, има приступ доводу и одводу воде, те унутар које постоји јасно разграничење на чисти и прљави дио, односно, једносмјеран ток од чистих до прљавих зона;

– поступак стерилизације се у простору/просторији обавља искључиво након детаљно спроведене деконтаминације (чишћења и дезинфекције), за термостабилна критична и нека полукритична медицинска средства.

Напомена: Стерилизација медицинских средстава може да се обавља у централној стерилизацији (оптимално), или у амбуланти. Простор/просторија у којој се врши стерилизација може се истовремено користити и за деконтаминацију, уз јасно разграничење ова два процеса, односно, чистих и прљавих зона.

3.4 Преглед и паковање медицинских средстава за стерилизацију

– опрати, посушити и дезинфиковати руке;

– обући личну заштитну опрему (рукавице, маска);

– извршити детаљан преглед медицинских средстава голим оком и лупом: да ли су сува, темељно очишћена, провјерити комплетност, функционалност и проходност, растављена медицинска средства саставити;

– на зглобне површине медицинских средстава нанијети кап уља или спреј за подмазивање, медицинска средства са граничницима затворити само на први граничник („први зуб“), како би све површине биле изложене стерилизацији; врхове оштрих медицинских средстава заштитити;

– свако оштећено, некомплетно или неисправно медицинско средство искључити из даљег процеса и предузети одговарајуће корективне мјере;

– медицинска средства паковати за стерилизацију користећи образац Листа за паковање медицинских средстава за стерилизацију (образац 1), који садржи назив, састав, количину, шифру и врсту паковања (касета, фолија...) за сваки сет медицинских средстава, те евидентирати свако медицинско средство које је у сету;

– медицинска средства упаковати тако да се могу извадити из паковања у тренутку употребе без контаминације;

– поставити хемијски индикатор унутар сваког сета, уз сваки материјал који ће се стерилисати и то у центар сета гдје је највеће оптерећење, а тиме и најтежи приступ стерилизацијског медијума;

– свако паковање видно обиљежити датумом стерилизације и/или датумом истека рока трајања стерилизације, потписом особе која је паковала, серијским бројем

или другом ознаком која омогућава сљедљивост, садржајем сета или шифром која указује на садржај паковања, те хемијским индикатором стерилизације;

- адекватно одложити личну заштитну опрему;
- опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- прећи на даље процесирање медицинских средстава (стерилизација).

Напомена: За обиљежавање паковања медицинских средстава подацима о стерилизацији користити штампане наљепнице, печате или термостабилне фломастере меканог врха, како не би дошло до оштећења паковања.

3.5 Стерилизација медицинских средстава

Уколико се стерилизација обавља у централној стерилизацији, медицинске сестре – техничари појединих организационих јединица предају деконтаминирана медицинска средства на стерилизацију користећи образац Примопредаја материјала у централну стерилизацију. Уколико се стерилизација обавља на нивоу појединачне амбуланте, медицинске сестре – техничари обављају стерилизацију користећи обрасце Евиденција материјала за стерилизацију и Књига стерилизације.

3.5.1 Стерилизација сувим врелим ваздухом

- опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- провјерити да ли је свако паковање које се стерилише затворено и адекватно обиљежено датумом стерилизације и/или датумом истека рока трајања стерилизације, потписом особе која је паковала, серијским бројем или другом ознаком која омогућује сљедљивост, садржајем паковања или шифром која указује на садржај, те хемијским индикатором;
- сложити паковања у стерилизатор, водећи рачуна о максимално дозвољеној тежини и да се не препуни;
- поставити хемијски индикатор унутар стерилизатора за сваки циклус стерилизације;
- одабрати одговарајућу температуру и вријеме трајања стерилизације, у зависности од медицинских средстава која се стерилишу:
- температура 160° C / вријеме трајања стерилизације 120 минута;
- температура 170° C / вријеме трајања стерилизације 60 минута;
- температура 180° C / вријеме трајања стерилизације 30 минута;
- пратити физичке параметре стерилизације током трајања циклуса (вријеме, температура), а након завршетка циклуса, провјерити да ли је хемијски индикатор промијенио боју у одговарајућу;
- у случају било каквих одступања, поновити поступак;
- опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- евидентирати спроведени поступак у образац Књига стерилизације;
- оставити инструменте да се охладе, па их складиштити на начин да се стерилност не компромитује.

Напомена: За биолошку контролу стерилизације користити споре *Bacillus atrophaeus-a/subtilis*-а, периодично, а у складу са бројем циклуса стерилизације и важећим прописима.

3.5.2 Стерилизација воденом паром под притиском

- опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- прије првог циклуса стерилизације у дану провести хемијску контролу помоћу теста пенетрације воденом паром (*Bowie-Dick* тест) и ако је контрола уредна, започети са даљим радом, а ако није, поновити поступак;
- провјерити да ли је свако паковање медицинских средстава адекватно обиљежено датумом стерилизације и/или датумом истека рока трајања стерилизације, потписом особе која је паковала, серијским бројем или другом ознаком која омогућује сљедљивост, садржајем паковања или шифром која указује на садржај, те хемијским индикатором;
- сложити паковања у стерилизатор, водећи рачуна да се не препуни и да се не премаши максимално дозвољена тежина; паковања ставити усправно у корпу за стерилизацију тако да је „прозирна страна насупрот прозирној, а папирна насупрот папирној"; тешке инструменте положити водоравно јер то помаже расподјељивању тежине садржаја преко веће површине;
- поставити хемијски индикатор унутар стерилизатора за сваки циклус стерилизације;
- одабрати одговарајућу температуру, притисак и вријеме трајања стерилизације, у зависности од медицинских средстава која се стерилишу:
- температура 121° C / вријеме трајања стерилизације 15 минута уз притисак 1,2 бара (2,1 бар апсолутног притиска);
- температура 134° C / вријеме трајања стерилизације 3 минута, уз притисак 2,5 бара (3,04 бара апсолутног притиска);
- посебан програм је за дестабилизацију приона, температура 134°C / вријеме трајања стерилизације 18 минута, уз притисак од 2,5 бара (3,04 бара апсолутног притиска).
- пратити физичке параметре стерилизације током трајања циклуса (вријеме, температура, притисак), а у случају било каквих одступања, поновити поступак;
- након завршетка циклуса, провјерити да ли је хемијски индикатор промијенио боју у одговарајућу;
- опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- евидентирати спроведени поступак у образац Књига стерилизације;
- оставити инструменте да се охладе, па их складиштити на начин да се стерилност не компромитује.

Напомена: За биолошку контролу стерилизације користити споре *Geobacillus stearothermopillus-a*, периодично, а у складу са бројем циклуса стерилизације и важећим прописима.

3.6 Контрола стерилизације

Проводи се путем комбинације физичке, хемијске и биолошке контроле, односно, одговарајућих индикатора контроле стерилизације (табела 1). За хемијску контролу, пожељно је комбиновати више индикатора из различитих класа или користити интеграторе.

Табела 1. Контрола стерилизације

ФИЗИЧКА	**Праћење физичких параметара процеса стерилизације: вријеме, температура, притисак**
ХЕМИЈСКА	**Показују да ли је неки материјал био изложен стерилизацији правилно или не**
Индикатор класе I	Појединачни процесни хемијски индикатори чија је намјена ограничена на појединачна паковања с циљем да укаже на изложеност предмета стерилизацији постављају се на спољашњу страну паковања (љепљиве траке – Микулићева трака) или су интегрисани у паковање (фолије за стерилизацију)
Индикатор класе II	Индикатори за утврђивање успјешности динамичког уклањања ваздуха и ефикасности пенетрације паре у комори парног превакуумског стерилизатора (Bowie & Dick тестови) постављају се у празну комору на почетку сваког радног дана
Индикатор класе III	Једнопараметарски индикатори прате један изоловани параметар стерилизације (вријеме или температура), постављају се унутар паковања
Индикатор класе IV	Мултипараметарски индикатори, симултано прате два или више параметара процеса стерилизације (вријеме и температура или вријеме и притисак)
Индикатор класе V	Тзв. интегратори прате све критичне параметре процеса стерилизације за различите циклусе и налазе се у уској корелацији са биолошким индикаторима, али их не могу замијенити у утврђивању успјешности стерилизације
Индикатор класе VI	Тзв. емулатори, врло специфични за циклусе које прате (није могуће пратити циклус 121° C кроз 15 минута индикатором предвиђеним за 127° C кроз 5 минута)
БИОЛОШКА	**Показују да ли су вегетативни облици и споре уништени у процесу стерилизације**
Споре *Bacillus atrophaeus-a* и *Bacillus subtilis-a*	Користе се за биолошку контролу суве стерилизације, папирићи-стрипови се постављају у празну комору, покрене се циклус стерилизације, резултат се очитава у лабораторији
Споре *Geobacillus stearothermopillus-a*	Користе се за биолошку контролу стерилизације врућом воденом паром под притиском, ампуле се постављају у празну комору, покрене се циклус стерилизације, резултат се очитава у лабораторији

3.7 Складиштење стерилисаних медицинских средстава

- стерилисана медицинска средстава складиштити у посебном простору/просторији намијењеној искључиво чувању стерилисаног материјала, на собној температури (од +18 до +22° C) и релативној влажности ваздуха 40–60%, те водити ажурну евиденцију о условима средине;
- стерилисана медицинска средства складиштити на начин да се стерилност не компромитује, у ормарима с полицама или ладицама (заштићено складиштење) а на отвореним полицама (незаштићено складиштење) држати само материјал који је намијењен за непосредну употребу (у времену од најкасније 24 сата од стерилизације);
- пратити рок употребе стерилисаног материјала, који зависи од начина паковања, врсте стерилизације и начина чувања:
  - добоши и касете: до 48 сати;

  - хавана папир: 6 седмица;
  - полиуретанске врећице: 6 мјесеци;
  - кесе за стерилизацију: 12–24 мјесеца;
  - фабрички стерилисана опрема има рок стерилности најчешће пет година, под условом да се чува према прописима и у оригиналној амбалажи.
- приликом слагања стерилисаног материјала у простор/просторију за складиштење, слиједити принцип *FIFO/FEFO* (стерилисана медицинска средства са најкраћим роком трајања слажу се напријед);
- када год постоји сумња у стерилност материјала у паковању, треба га сматрати контаминираним и извршити рестерилизацију прије употребе (извршити опозив стерилисаног материјала).

3.8. Транспорт стерилисаних медицинских средстава до мјеста употребе

- уколико се стерилизација не врши на мјесту употребе стерилисаних медицинских средстава, већ у централној стерилизацији, стерилисана медицинска средства транспортовати заштићена у транспортним паковањима (затвореним колицима или контејнерима) до организационих јединица гдје ће бити употријебљена.

3.9. Употреба стерилисаних медицинских средстава

- опрати, посушити, дезинфиковати руке и навући стерилне рукавице;
- провјерити да ли је паковање стерилисаних медицинских средстава оштећено; Код сваке сумње на компромитовање стерилности, извршити опозив стерилисаног материјала и употријебити ново паковање;
- медицинска средства вадити из паковања непосредно прије употребе, без контаминације, под асептичним условима;
- приликом вађења медицинских средстава из паковања, по потреби се може користити и стерилисана пинцета или хватаљка по Пеану;
- стерилисана медицинска средства извађена из паковања спуштају се на стерилисану компресу и употребљавају у најкраћем могућем року;
- употријебљена медицинска средства за вишекратну употребу одложити у посуду са ознаком „НЕЧИСТО“ или у бубрежњак и даље процесирати (деконтаминирати), а она за једнократну употребу одложити као медицински отпад;
- адекватно одложити личну заштитну опрему, опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.10. Надзор над стерилизацијом медицинских средстава

- надзор над радом медицинских сестара – техничара који спроводе стерилизацију медицинских средстава врши главна медицинска сестра – техничар установе / одговорна медицинска сестра – техничар организационе јединице.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

1. Листа за паковање медицинских средстава за стерилизацију

2. Примопредаја материјала у централну стерилизацију

3. Евиденција материјала за стерилизацију

4. Књига стерилизације

Образац 1. Листе за паковање медицинских средстава за стерилизацију

1. НАЗИВ СЕТА: СЕТ ЗА МАЛЕ ХИРУРШКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

ШИФРА: СЕТ 1

АМБУЛАНТА/СЛУЖБА: ПОРОДИЧНА МЕДИЦИНА

ДАТУМ ПАКОВАЊА: _____

МЕДИЦИНСКО СРЕДСТВО	**КОЛИЧИНА ПОТРЕБНА**	**КОЛИЧИНА СПАКОВАНА**
Пинцета хируршка	1	
Пинцета анатомска	1	
Иглодржач	1	
Хируршке маказе праве	1	
Хватаљка по Пеану	1	
Држач за скалпеле	1	
Хируршки конац	1	
Касета за инструменте	1	

ПОТПИС: _____

2. НАЗИВ СЕТА: СЕТ ЗА СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД

ШИФРА: СЕТ 2

АМБУЛАНТА/СЛУЖБА: СТОМАТОЛОГИЈА

ДАТУМ ПАКОВАЊА: _____

МЕДИЦИНСКО СРЕДСТВО	**КОЛИЧИНА ПОТРЕБНА**	**КОЛИЧИНА СПАКОВАНА**
Огледало стоматолошко	1	
Пинцета	1	
Сонда	1	
Тацна за инструменте	1	

ПОТПИС: _____

Образац 2. Примопредаја материјала у централну стерилизацију

ПРИМОПРЕДАЈА МАТЕРИЈАЛА У СТЕРИЛИЗАЦИЈИ																													
Евиденција за мјесец_____године														**Служба/амбуланта:**															
Датум:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Предала/о на стерилизацију																															
Примила/о на стерилизацију																															
Предала/о стерилно																															
Примила/о стерилно																															

Образац 3. Евиденција материјала за стерилизацију

ЕВИДЕНЦИЈА МАТЕРИЈАЛА ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЈУ																															
Евиденција за мјесец:_____године															**СЛУЖБА/АМБУЛАНТА_____**															
Медицинска средства	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Циклус број																															
Потпис																															
Датум_____															Контролисао_____															

ЕВИДЕНЦИЈА СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ								
Датум	**Стерилизатор број**	**Циклус број**	**Вријеме почетка стерилизације**	**Вријеме завршетка стерилизације**	**Температура и/или притисак при стерилизацији**	**КОНТРОЛА**		**Потпис**
						Хемијски индикатор	**Биолошки индикатор:** **Произвођач, лот:**	
Датум						Контролисао/ла		

* Вријеме почетка и вријеме завршетка стерилизације је вријеме постизања ефективне температуре и притиска или осталих параметара за стерилизацију.

6 ЧИШЋЕЊЕ И ДЕЗИНФЕКЦИЈА РАДНИХ ПОВРШИНА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром дефинишу се мјере и активности у поступку чишћења и дезинфекције радних површина.

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Нема.

2 ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1 Термини

Интрахоспитална инфекција / инфекције повезане са пружањем услуга здравствене заштите – инфекција лица настала код пацијента, особља или другог лица у здравственој установи као резултат реакције организма на присуство узрочника заразне болести који није био присутан приликом пријема нити је лице било у инкубацији за развој заразне болести.

Чишћење – физичко уклањање тјелесних материја, прашине или страних материја са предмета и површина.

Детерџент – супстанца или смјеса која садржи сапуне, односно друге супстанце које имају површински активна својства (сурфактанте) и користи се за прање и чишћење. Неутрални детерџент има pH 6–8.

Дезинфекција – скуп мјера и поступака који се предузимају с циљем уништавања, успоравања раста и размножавања патогених и других микроорганизама на површини тијела, предметима, материјалу, опреми и у простору.

Дезинфекционо средство – хемијско антимикробно средство које се примјењује за дезинфекцију медицинских средстава, радних просторија и површина.

2.2 Скраћенице

Нема.

3 ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити сигуран и ефикасан процес чишћења и дезинфекције радних површина.

3.1 Прибор, опрема и средства за чишћење и дезинфекцију

- одговорна особа / тим за спречавање и сузбијање инфекција повезаних са пружањем услуга здравствене заштите формира листу прибора и опреме за чишћење и дезинфекцију радних површина, у складу са потребама установе;

- одговорна особа / тим за спречавање и сузбијање инфекција повезаних са пружањем услуга здравствене заштите формира листу детерџената и дезинфицијенаса који су у употреби, која садржи препоручене концентрације детерџената и дезинфицијенаса према намјени и нивоу ризика (прилог 1);
- набавку прибора, опреме и средстава за чишћење и дезинфекцију у организационој јединици врши одговорна особа за набавку у складу са процедуром набавке установе;
- одговорна медицинска сестра – техничар редовно прати стање залиха прибора, опреме и средстава за чишћење и дезинфекцију у организационој јединици и припрема захтјев за набавку у складу са потребама, максимално дозвољеним количинама и одређеним временским интервалима договореним на нивоу установе;
- прибор и опрема кодирају се по бојама према просторијама у којима се користе, како би се спријечила укрштена контаминација (нпр. црвена боја за санитарне просторије, плава за чекаонице, амбуланте и просторије за интервенције).

3.2 Чување прибора, опреме и средстава за чишћење и дезинфекцију

- обезбијеђен је одвојен простор/просторија у којој се чувају и припремају за коришћење прибор, опрема, и средства за чишћење и дезинфекцију радних површина, који је недоступан неовлаштеним лицима и под кључем, видљиво обиљежен знаком биохазарда, довољно пространа за чување прибора, опреме и средстава у складу са потребама установе, са приступом доводу и одводу воде, раздвојеним прљавим од чистих зона, површинама које могу лако да се чисте и дезинфикују, добро осивијетљен и прозрачиван;
- прибор и опрема за чишћење и дезинфекцију се у простору/просторији чувају, одржавају и користе у складу са упутством произвођача;
- хемикалије (детерџенти и дезинфицијенси) се у простору/просторији чувају уз доступан безбједносно-технички лист, у оригиналним паковањима, у складу са категоријама опасности (нпр. лако запаљива средства у металним ормарима), јасно и видљиво обиљежена;
- у простору/просторији гдје су смјештене хемикалије на видном мјесту постоје опште информације о начину поступања са хемикалијама (прилог 2).

3.3 План/распоред чишћења и дезинфекције радних површина

- главна медицинска сестра – техничар установе / одговорна медицинска сестра – техничар организационе јединице, у сарадњи са одговорном особом / тимом за спречавање и сузбијање инфекција повезаних са пружањем услуга здравствене заштите, израђује дневни, седмични и мјесечни „План/распоред чишћења и дезинфекције радних површина“ за организациону јединицу, који садржи:
  - радне површине које се чисте и дезинфикују;
  - врсту и учесталост активности за сваку радну површину;
  - прибор, опрему и средства која се користе у процесу чишћења и дезинфекције;
  - надлежности за спровођење плана.

3.4 Чишћење и дезинфекција радних површина

- опрати и посушити руке;

- обући личну заштитну опрему (гумене рукавице, маска, заштитни мантил);
- припремити прибор, опрему (крпа, посуда) и средства (неутрални детерџент, дезинфицијенс);
- у посуду са топлом водом (до +40°C) сипати детерџент у количини наведеној у упутству произвођача, како би се добио раствор за чишћење одговарајуће концентрације;
- потопити крпу за чишћење у раствор за чишћење, а потом исциједити вишак течности;
- пресавити крпу за чишћење тако да је величине длана (напола или напола па опет напола, у зависности од величине крпе), како би се ефикасно искористила читава површина крпе;
- чистити вишекратним пребрисавањем (3–4 пута пребрисати сваку површину, па прећи на сљедећу);
- чистити крећући се слијева надесно или у правцу казаљке на сату, те идући од чистијег ка прљавијем дијелу, како би се спријечило ширење прљавштине и микроорганизама;
- током чишћења, редовно окретати и одмотавати крпу, како би се користила нова чиста површина крпе;
- када су све површине крпе искоришћене или када крпа више не упија течност, одбацити је или одложити за репроцесирање, а узети нову чисту крпу и наставити поступак чишћења;
- у посуду са водом сипати дезинфицијенс у количини наведеној у упутству, како би се добио раствор за дезинфекцију одговарајуће концентрације или нанијети дезинфицијенс одговарајуће концентрације (нпр. 70% етил алкохол) директно на крпу;
- дезинфиковати површине на исти начин као код чишћења;
- осигурати да су површине довољно влажне да би дезинфицијенс могао да дјелује током препорученог контактног времена;
- оставити радну површину да се осуши на ваздуху;
- након завршеног чишћења и дезинфекције, испрати опрему и прибор врућом водом и детерџентом, оставити да се осуше, те одложити у простор/просторију за чување опреме и средстава за чишћење;
- адекватно одложити личну заштитну опрему;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: За чишћење радних површина користити крпе за вишекратну употребу од памука или микрофибера (могу се користити и једнократне крпе или алкохолне марамице када је неопходно). За сваку просторију користити посебне крпе, раздвојене по бојама. Различите боје крпа могу се користити и за раздвајање крпа за чишћење од оних за дезинфекцију. Чисте и прљаве крпе током чишћења чувати одвојено.

3.5 Провјетравање радних просторија

- радне просторије провјетравати првенствено путем природне вентилације (отварањем прозора и врата) два пута дневно по пола сата (у вријеме паузе у првој и другој смјени), по потреби и чешће;
- уколико природном вентилацијом није могуће постићи квалитетну измјену ваздуха, потребно је користити вјештачку (механичку) или комбиновану вентилацију.

3.6 Надзор над чишћењем и дезинфекцијом радних површина

- надзор над радом медицинских сестара – техничара који спроводе поједине поступке чишћења и дезинфекције радних просторија и површина у складу са процедуром врши главна медицинска сестра – техничар установе / одговорна медицинска сестра – техничар организационе јединице праћењем имплементације плана чишћења и дезинфекције.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Предности и мане често коришћених дезинфицијенаса за дезинфекцију радних површина

Прилог 2. Опште информације о начину поступања с опасним хемикалијама

4.2. Обрасци

1. План чишћења и дезинфекције за службу/амбуланту породичне медицине

2. Евиденција чишћења и дезинфекције

Прилог 1. Предности и мане често коришћених дезинфицијенаса за дезинфекцију радних површина (модификовано према CDC and ICAN. Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities in Resource-Limited Settings)

ВРСТА ДЕЗИНФИЦИЈЕНСА	АНТИМИКРОБНА АКТИВНОСТ	ПРЕДНОСТИ	МАНЕ
Кватернерна амонијумова једињења различитих концентрација (нпр. алкил диметил бензил амонијум хлорид, алкил диметил етилбензил амонијум хлорид) **Ниво дезинфекције**: низак	Бактерицидна; вируцидна (само вируси са омотачем); фунгицидна.	Могу се користити на површинама у додиру са храном; компатибилан са разним материјалима; нису корозивни; имају особине детерџента, са добром могућношћу чишћења; јефтини.	Иритантни за кожу, могу изазвати иритацију респираторног система; узак спектар (не дјелују на микобактерије и споре); разблажени раствори могу погодовати расту микроорганизама, нарочито грам-негативних; активност смањују различити материјали (памук, тврда вода, микрофибер влакна, органски материјал); могу изазвати укрштену резистенцију са антибиотицима; опстају у околини и отпадним водама.
Алкохол 60–70% (етанол или изопропанол) **Ниво дезинфекције**: средњи	Бактерицидна; вируцидна; фунгицидна; микобактерицидна.	Широк спектар (али не дјелује на споре); брзо дјелује; није токсичан; не оставља резидуе; није корозиван; јефтин; добар за дезинфекцију мале опреме или медицинских средстава која се могу потопити.	Споро дјеловање на вирусе без омотача; брзо испарава, што чини поштовање контактног времена тешким (на великим површинама); инактивирају га органске материје; може оштетити материјале (пластику, силикон, гуму, уништава љепило); лако запаљив.
Хлорни препарати различитих концентрација (нпр. натријум или калцијум хипохлорит, натријум дихлороизоцијанурат) **Ниво дезинфекције**: средњи	Бактерицидна; вируцидна; фунгицидна; микобактерицидна; спороцидна (хипохлорити тек код 0,5%).	Хипохлорити имају широк спектар (спороцидни); брзо дјелују; нису запаљиви; јефтини; веома доступни; могу смањити биофилм.	Инактивирају их органске материје; могу ослободити токсични хлор ако се помијешају са киселинама или амонијумом; иритантни за кожу и слузнице; оштећују тканину и тепихе; корозивни; остављају резидуе, захтијевају испирање/неутрализацију; непријатног су мириса; нестабилни, пропадају ако се изложе топлоти или ултраљубичастим зрацима;
Водоник пероксид (нпр. 0,5% водоник пероксид унапријеђеног дјеловања, 3% водоник пероксид) **Ниво дезинфекције:** средњи	Бактерицидна; вируцидна; фунгицидна; микобактерицидна; спороцидна (тек код 4–5%).	Брзо дјелује; није токсичан; има особине детерџента, са добром могућношћу чишћења; активан у присуству органских материја; сигуран за животну средину.	Контраиндикован за примјену на бакру, месингу, цинку, алуминијуму; скуп.

Прилог 2. Опште информације о начину поступања с опасним хемикалијама

1. Прије употребе опасних хемикалија увијек прочитати упутство произвођача. Упутство садржи информације о опасним својствима и безбједном руковању опасним хемикалијама.
2. У служби, хемикалије је потребно држати у ормару под кључем или у намјенској просторији која је такође закључана, без могућег приступа неовлаштеним лицима.
3. Хемикалије не треба да буду у истом ормару са храном и пићем.
4. Хемикалије увијек држати у добро затвореној оригиналној амбалажи како би се онемогућило изливање садржаја.
5. Никада не мијешати хемикалије, јер се не могу предвидјети посљедице (испарења отровних гасова, пожар, експлозија, итд.).
6. У току употребе, хемикалије никад не остављати отворене, јер у тренутку непажње до њих лако могу доћи друге особе, што може угрозити њихову безбједност.
7. У случају тровања или сумње да је дошло до тровања, треба остати миран и поступити у складу са упутством на паковању. Јавити се доктору за пружање прве помоћи.

Табела 1. Обавјештење о опасности

КЛАСА ОПАСНОСТИ	ЗНАК ОПАСНОСТИ
Веома токсично	T+
Токсично	T
Штетно	Xn
Корозивно	C
Иритативно	Xi
Сензибилизација	Xn или Xi
Канцерогено, категорија 1 или 2	T
Канцерогено, категорија 3	Xn
Мутагено, категорија 1 или 2	T
Мутагено, категорија 3	Xn
Токсично по репродукцију, категорија 1 или 2	T
Токсично по репродукцију, категорија 3	Xn

Образац 1. План чишћења и дезинфекције за службу/амбуланту породичне медицине

Радне просторије/ површине	Прибор и опрема	Активност/средство	Учесталост чишћења и дезинфекције	Одговорност
Чекаонице, ходници, амбуланте и просторије за интервенције / радне површине (радни пулт, радни столови, рачунари, телефони, терапијска колица, лежај за преглед, ормарићи за лијекове...)	Крпа, канта/ посуда (плава боја)	Чишћење / неутрални детерџент и топла вода Дезинфекција / 70% етил алкохол	Најмање два пута дневно (једном у току смјене), по потреби и чешће Најмање једном дневно (на крају друге смјене), по потреби и чешће	медицинска сестра – техничар / спремачица
Амбуланте, просторије за интервенције / опрема (стетоскопи, сфингоманометри, термометри, отоскопи, инхалатори)	Крпа, канта/ посуда (плава боја)	Чишћење / неутрални детерџент и топла вода Дезинфекција / 70% етил алкохол	Након и прије сваког коришћења	медицинска сестра – техничар
Просторија за интервенције (фрижидер)	Крпа, спужвица	Чишћење / неутрални детерџент и топла вода Отапање	Једном седмично (чишћење) Једном мјесечно (отапање)	медицинска сестра – техничар

План одобрава:_____

Образац 2. Евиденција чишћења и дезинфекције

Мјесец: _____

Датум	Чишћење и дезинфекцију извршио/ла	Контрола чишћења и дезинфекције	Датум	Чишћење и дезинфекцију извршио/ла	Контрола чишћења и дезинфекције
1.			17.		
2.			18.		
3.			19.		
4.			20.		
5.			21.		
6.			22.		
7.			23.		
8.			24.		
9.			25.		
10.			26.		
11.			27.		
12.			28.		
13.			29.		
14.			30.		
15.			31.		
16.					
НАПОМЕНЕ/ОДСТУПАЊА					

7 ПРЕВЕНЦИЈА И ПРОФИЛАКСА ИНФЕКЦИЈА КОЈЕ СЕ ПРЕНОСЕ ПУТЕМ КРВИ И ДРУГИМ ТЈЕЛЕСНИМ ТЕЧНОСТИМА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се превенција и профилакса инфекција које се преносе путем крви или другим тјелесним течностима.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују сви запослени који долазе у контакт са крвљу и тјелесним течностима.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Инфекције које се преносе крвљу (крвнопреносиве инфекције) – инфекције микроорганизмима (бактерије, вируси, гљивице, протозое) које настају као посљедица контакта (директног или индиректног) осјетљивог домаћина са крвљу или другим тјелесним течностима које садрже крв, односно продуктима крви заражене особе.

Оштри предмети су предмети или медицински инструменти који су неопходни за обављање одређених здравствених активности, а чијим коришћењем може настати повреда (посјекотина, убод, повреда и/или инфекција).

Професионална експозиција инфекцијама које се преносе крвљу – подразумијева излагање здравственог радника потенцијално контаминираном материјалу који садржи крнопреносиви агенс и који се догоди за вријеме обављања професионалне активности у здравственој установи или изван ње, било да се ради о непосредном раду с болесником или у контакту са његовим тјелесним течностима.

Ризик за трансмисију – подразумијева могућност инфицирања вирусима ХИВ-а, ХБВ и ХЦВ усљед изложености инфективним тјелесним течностима.

Постекспозициона профилакса – јесте скуп мјера и поступака којима се спречава трансмисија крвнопреносивих патогена путем крви и других тјелесних течности, код лица код којих је дошло до изложености потенцијално инфективном биолошком материјалу.

Акцидент – (незгода, несрећни догађај) – нежељени догађај који може да изазове смрт, нарушавање здравља, повреду, штету или неки други губитак.

2.2. Скраћенице

КПИ – крвонопреносива инфекција

ХИВ – хумани имунодефицијентни вирус

ХБВ – вирус хепатитиса Б

ХЦБ – вирус хепатитиса Ц

ОЈ – организациона јединица

ПЕП – постекспозициона профилакса

3. ОПИС ПОСТУПКА

Инфекције које се преносе путем крви у здравственим установама углавном настају током пружања здравствене заштите или на мјесту гдје се здравствена заштита пружа.

Најчешћи крвнопреносиви агенси у здравственим установама су вируси (ХИВ, ХБВ и ХЦВ), а потенцијално инфективни материјал путем којег се могу пренијети крвнопреносиви вируси укључује:

- крв, серум, плазму и сав биолошки материјал који садржи крв;
- лабораторијски узорци који садрже концентроване вирусе;
- утерусни/вагинални секрет и сперма.

Акцидентно излагање здравствених радника ризику од КПИ најчешће настаје као посљедица перкутане повреде коже усљед убода иглом или посјекотине оштрим инструментом, али укључује и:

- контаминирање озлијеђене коже потенцијално инфективном крвљу;
- гутање или контакт мукозних мембрана (слузокожа очију, носа, усне дупље и др.) са крви и другим тјелесним течностима болесника;
- контаминирањем здравствене одјеће/обуће крвљу друге особе (попрскавањем или натапањем крвљу (отворене ране или крв на одјећи));
- хумани уједи.

3.1. Прееекспозицијска профилакса за спречавање крвнопреносивих инфекција

Прееекспозицијска профилакса осигурава се спровођењем неспецифичних (стандардних) и специфичних (вакцинација) мјера примарне превенције.

3.1.1. Неспецифичне мјере превенције за спречавање крвнопреносивих инфекција

Неспецифичне мјере превенције подразумијевају спровођење мјера заштите подједнако према свим лицима (пацијенти и чланови породице) са којима здравствени радници долазе у контакт, као и током свих дијагностичких и терапијских процедура које се у болници проводе током пружања здравствених услуга. При рутинском спровођењу неспецифичних мјера превенције није неопходно познавати антигени статус корисника услуга, нити процјењивати евентуални ризик за преношење инфекције. Неспецифичне мјере примарне превенције детаљно су описане у процедурама које се доносе на нивоу болнице, а укључују:

- прање руку прије и послије сваког контакта са пацијентом, односно медицинских интервенција;
- употребу личне заштитне опреме/средстава (медицинска одјећа и обућа, рукавице, маске, наочале, визир, заштитне кецеље и др.);
- употребу једнократне заштитне опреме сваки пут када се приликом извођења медицинске процедуре може доћи у контакт са потенцијално инфективним материјалом;

- правилну и сигурну употребу оштрих медицинских инструмената и инјекционе опреме за једнократну употребу, уз њихово безбједно одлагање након употребе;
- поштовање свих хигијенских и антисептичких процедура након коришћења медицинских инструмената за вишекратну употребу;
- употребу стерилних медицинских инструмената;
- правилно управљање медицинским отпадом;
- примјену одговарајућих поступака при уклањању проливеног потенцијално инфективног материјала;
- оспособљавање здравствених радника за предузимање мјера заштите на раду и безбједан рад у здравственој установи.

3.1.2. Неспецифичне мјере превенције за спречавање убода или повреде оштрим предметом

У здравственој установи, односно у ОЈ у којој постоји ризик од повреде оштрим предметом и/или зараза, излагање здравственог радника спречава се предузимањем сљедећих мјера:

- сакупљање и привремено одлагање оштрих предмета врши се на мјесту пружања медицинске услуге, у непосредној близини гдје се користе оштри предмети првенствено ради спречавања повреде запослених лица и пацијената;
- оштри предмети се ОДМАХ након употребе одбацују у одговарајућу амбалажу, водонепропусне контејнере (жуте боје), који пружају максималну сигурност особљу које одлаже;
- употребљени оштри предмети (ланцете и сл.) никада се не враћају у оригиналну творничку амбалажу;
- коришћене игле се не савијају, не ломе и не враћа се заштитна капица након употребе;
- одлагање у контејнере врши се на начин на који се неће угрозити особа која одлаже оштри предмет;
- одлагање игала врши се на начин да се игле од шприце одвајају потезањем уназад када је игла већ у отвору контејнера, водећи рачуна да се не додирује рукама;
- одлагање инфузионог сета врши се на начин да се игла заједно са инфузионим системом одлаже до врха отвора контејнера, а затим се маказама врши пресијецање пластичног дијела система;
- контејнери се пуне до 2/3 запремине, након чега се једнократно затварају, без могућности поновног отварања.

3.1.3. Специфичне мјере примарне превенције за спречавање крвнопреносивих инфекција

Од специфичних мјера превенције за спречавање крвнопреносивих инфекција тренутно се једино спроводи против ХБВ. Сви здравствени радници и здравствени сарадници, као и ученици и студенти здравствено-образовне струке који долазе у контакт са потенцијално инфективним материјалом, у обавези су да се вакцинишу.

Одговорна особа за праћење вакциналног статуса запослених радника/сарадника у здравственој установи / ОЈ, одговорна је за сљедеће активности:

- води евиденцију вакциналног статуса за све запослене раднике / сараднике на основу потврде (копију чува у својој архиви) коју издаје ЈЗУ Институт за јавно здравство Републике Српске о имуном статусу вакцинисаног. Копију овог документа чува у својој архиви;
- прати вакцинални статус против ХБВ свих новопримљених радника/сарадника уколико нису комплетно вакцинисани;
- води регистар запослених здравствених радника/сарадника код којих се не може развити поствакцинални имунитет и о томе извјештава ЈЗУ Институт за јавно здравство Републике Српске.

3.2. Протокол поступања у случају изложености потенцијално инфективном биолошком материјалу

Протокол поступања у случају изложености потенцијално инфективном биолошком материјалу укључује сљедеће активности:

1) поступак пружања прве помоћи и обрада мјеста изложеног потенцијално инфективним биолошким материјалом;
2) пријава професионалне изложености;
3) евалуација резервоара заразе (ако је могуће);
4) постекспозицијска профилакса (провјера серолошког статуса повријеђеног здравственог радника) одмах након повреде;
5) постекспозицијско савјетовање;
6) евалуација пријављеног обољења након периода праћења.

3.3. Поступак пружања прве помоћи и обрада мјеста изложеног потенцијално инфективним биолошким материјалом

Здравствени радник који се затекне на мјесту експозиције обавезан је да пружи прву помоћ експонираном раднику.

3.3.1. Поступак пружања прве помоћи код повреде оштрим предметом

- остати миран;
- допустити слободно крварење на мјесту повреде;
- мјесто повреде не притискати или трљати;
- мјесто повреде детаљно опрати под млазом хладне текуће воде (неколико минута) и сапуном или средством које не нагриза кожу;
- у случају да не постоји текућа вода, мјесто повреде очистити гелом или средством за чишћење руку;
- не употребљавати средства којима се може иритирати рана или мјесто повреде, као што су хидроген, јод или средства на бази алкохола;
- превити мјесто повреде/рану или је хируршки обрадити ако је то неопходно.

3.3.2. Поступак пружања прве помоћи након прскања крви и других тјелесних течности на кожу која нема видних оштећења

- остати миран;
- детаљно опрати попрскану кожу под млазом хладне текуће воде (неколико минута) и сапуном или средством које не нагриза кожу;

– у случају да не постоји текућа вода, мјесто повреде очистити гелом или средством за чишћење руку;
– не употребљавати средства на бази алкохола.

3.3.3. Поступак пружања прве помоћи послије излагања слузнице ока

– остати миран;
– одмах испрати слузницу ока текућом водом или физиолошким раствором у трајању од неколико минута;
– смјестити изложеног здравственог радника у сједећи положај (на столицу), са забаченом главом уназад, њежно испирајући слузницу ока водом или физиолошким раствором, при чему изложени треба да њежно затвара и отвара очни капак на начин да се осигура испирање ока у потпуности;
– у случају да особа носи контактна сочива, не вадити их из ока током испирања, јер се њиховим присуством осигурава заштитна баријера за око. Након што се у потпуности испере/очисти, уклонити контактна сочива и очистити их на уобичајен начин и вратити у око;
– не употребљавати сапун и дезинфекциона средства у испирању ока.

3.3.4. Поступак пружања прве помоћи послије излагања слузнице уста

– остати миран;
– одмах испљунути;
– испрати цјелокупну слузницу уста, текућом водом или физиолошким раствором, па поново испљунути. Поновити поступак неколико пута;
– не употребљавати сапун и дезинфекциона средства у испирању слузнице уста.

3.3.5. Поступак послије прскања крви или других тјелесних течности које садрже крв на заштитну одјећу

– остати миран;
– одмах скинути контаминирану заштитну одјећу;
– одложити је на начин како је предвиђено одлагање контаминираног веша.

3.4. Пријава професионалне изложености

Изложени здравствени радник одмах након изложености, усменим путем, пријављује изложеност надређеном руководиоцу, који затим предузима сљедеће мјере:

1) осигурава предузимање свих прописаних мјера за спречавање и сузбијање инфекција повезаних са пружањем услуга здравствене заштите;
2) утврђује узроке и околности под којима је дошло до излагања здравственог радника;
3) процјењује резервоар (ако је могуће) којем је здравствени радник био изложен;
4) осигурава попуњавање обрасца Пријава изложености повредама оштрим предметом и изложености крви и тјелесним течностима;
5) осигурава наставак медицинског третмана изложеног здравственог радника, упућивање код породичног доктора и/или специјалисте инфектологије и/или специјалисте епидемиологије ради процјене ризика и евентуалне постекспозицијске профилаксе;

6) осигурава попуњавање обрасца Извјештај повреда на раду у складу са законом и другим прописаним актима и доставља га надлежним институцијама.

3.5. Процјена резервоара заразе

Процјену резервоара врши руководилац ОЈ на којој се десио акцидент на сљедећи начин:

1) **Увидом у медицинску документацију пацијента (резервоара заразе)**: руководилац ОЈ врши увид у медицинску документацију пацијента чија је крв или друга тјелесна течност била предмет изложености. Увид у медицинску документацију врши се у циљу прикупљања података који су од значаја за процјену ризика за ХИВ, ХБВ и ХЦВ, а укључују податке који могу бити од значаја за процјену ризика као што су: ризично понашање резервоара, обољења (рекурентна пнеумонија или туберкулоза), резултати тестирања на ХИВ, хепатитис Б површински антиген (ХБсАг) и анти-ХБЦ, као и други лабораторијски (АЛТ; АСТ и др.) и клинички налази од могућег значаја.
2) **Осигурањем узорка крви (резервоар познат)**: руководилац ОЈ пацијента чија је крв или друга тјелесна течност била извор изложености извјештава о акцидентној ситуацији, подвргава га прегледу и предлаже му узорковање крви на анализу уз претходно осигурање потписане информисане сагласности. Узорковану крв доставља ради тестирања на анти-ХИВ, ХБсАг и анти-ХЦВ у ОЈ болнице у којој се експозиција десила или у најближу болницу у којој се може радити овај вид тестирања или у ЈЗУ Институт за јавно здравство Републике Српске.
3) **Предузима мјере кад је резервоар заразе непознат**: руководилац ОЈ процјену ризика за ХИВ, ХБВ и ХЦВ доноси на основу врсте експозиције, вјеровања да је резервоар позитиван на крвне агенсе, учесталости ХИВ-а, ХБВ и ХЦВ у заједници и учесталости лијечених пацијената са ризичним понашањем (интравенски/интраназални корисници дрога, мушкарци који имају сексуалне односе са дугим мушкарцима) и специфичним обољењима (туберкулоза и рекурентна пнеумонија) на мјесту на којем се десила изложеност здравственог радника.

Сви подаци и информације до којих руководилац ОЈ дође током евалуације резервоара заразе достављају се надлежној епидемиолошкој служби и ординирајућем доктору медицине код којег је изложени пацијент упућен.

3.6. Постекспозицијска профилакса (ПЕП)

ПЕП претходи процјена ризика за ХИВ, ХБВ и ХЦВ коју врши доктор медицине –специјалиста епидемиолог на основу расположивих података/информација:

- пријаву изложености здравственог радника која садржи врсту тјелесне течности са којом је изложени радник дошао у контакт, врсту и вријеме изложености, вакцинални статус на ХБВ и имуни статус на ХИВ, ХБВ и ХЦВ;
- прикупљених/процијењених података о резервоару заразе од стране надређеног руководиоца;
- резултата теста крви резервоара (уколико је могуће) и изложеног здравственог радника. Крв изложеног радника тестира се на анти-ХИВ, ХБсАг и анти-ХЦВ, ако претходно није вакцинисан против ХБВ, односно на ХИВ, анти-ХБс и анти-ХЦВ, уколико је здравствени радник раније вакцинисан.

Потреба за ПЕП изложеног здравственог радника доноси се на основу процјене изложености и процјене ризика потенцијала за ХИВ, ХБВ и ХЦВ трансмисију. Уколико се укаже потреба за примјеном ПЕП, са истом започети у што краћем року.

3.6.1. Постекспозицијска профилакса за ХБВ

Постекспозицијска профилакса за ХБВ се спроводи:

- у року 24 часа, а најдуже 7 дана након експозиције, примјеном вакцине против ХБВ и имуноглобулина;
- праћењем експонираног здравственог радника по шеми:
  - нулто тестирање (ХБсАг и анти-ХБсАг Ат);
  - обавезно тестирање након 4–6 мјесеци (ХБсАг и анти-ХБсАг Ат) и
  - у случају убрзане вакцинације, обавезна провјера концентрације анти-ХБсАг Ат).

3.6.2 Постекспозицијска профилакса за ХЦВ

Постекспозицијска профилакса за ХЦВ не постоји.

Изложени здравствени радник се прати по шеми:

1) нулто тестирање – одмах након излагања урадити тест на ХЦВ (анти-ХЦВ антитијела) (нулто тестирање);
2) обавезно тестирање након 4–6 мјесеци, укључујући и тест на АЛТ и према индикацијама ПЦР ХЦВ РНК.

3.6.3 Постекспозицијска профилакса за ХИВ

ПЕП за ХИВ се спроводи:

- у случајевима кад је ХИВ резервоар позитиван, а повреда је настала преко коже и слузокоже;
- у случајевима кад је ХИВ статус резервоара непознат, а код здравственог радника је наступила перкутана изложеност.

ПЕП за ХИВ се не спроводи, уколико је ХИВ статус резервоара непознат, а до изложености здравственог радника је дошло путем коже и слузокоже (прскањем).

Постекспозициона профилакса за ХИВ инфекцију спроводи се на сљедећи начин:

- у прва 24 часа (идеално), а најдуже након 36 часова од повреде, а у изнимним случајевима се може започети и до 72 часа;
- праћењем експонираног здравственог радника по шеми:
  - нулто тестирање на анти-ХИВ (анти-ХИВ аг/ат);
  - обавезно тестирање након 6 и 12 недјеља и након 6 и 12 мјесеци, а према индикацијама ПЦР ХИВ РНК;
- спровести медикаметозну терапију (у складу са експозицијом, токсичношћу и ефикасности лијекова).

3.7. Савјетовање након професионалне изложености

Здравственим радницима на профилктичком режиму пружити пуну психосоцијалну подршку и помоћ психолога.

Мјере предострожности којих здравствени радник треба да се придржава за вријеме профилактичког режима су:

1) током 6 мјесеци од експозиције не смију давати крв и сјемену течност и не смију донирати органе и ткива;
2) практиковати сигуран секс;
3) прекинути са дојењем у доба лактације због могуће трансмисије ХИВ-а на дијете и штетног дјеловања антиретровирусних лијекова.

4 ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1 Прилози

Нема.

4.2 Обрасци

1. Пријава повреде оштрим предметом и изложености крви и тјелесним течностима

Образац 1. Пријава повреде оштрим предметом и изложености крви и тјелесним течностима

Број пријаве изложености:

ПРИЈАВА ПОВРЕДЕ ОШТРИМ ПРЕДМЕТОМ И ИЗЛОЖЕНОСТИ КРВИ И ТЈЕЛЕСНИМ ТЕЧНОСТИМА

Здравствена установа:

Изложена особа: Презиме: **Име:**

Датум рођења: ____/____/_____	**Године радног стажа:**	**Године старости:**	**Пол:** ☐ Мушки ☐ Женски

Датум излагања: ____/____/_____ **Вријеме излагања:** _____:_____:_____

Звање / радно мјесто **Организациона јединица:**

Мјесто изложености: **Пријаву попунио: Име и презиме**

ДИО I – Врста изложености и врста заштитне опреме која је коришћена у вријеме излагања

Врста изложености:

☐ Убод
☐ Посјекотина
☐ Огреботина
☐ Прскање у очи
☐ Прскање у уста
☐ Угриз
☐ Прскање на оштећену кожу – врста _____
☐ Прскање / контакт са неоштећеном кожом
☐ Остало – навести _____

Врста заштитне опреме

☐ Рукавице
☐ Хируршка маска
☐ Диоптријске наочале
☐ Заштитне наочале
☐ Визир
☐ Платнени мантил/огртач
☐ ПВЦ мантил/огртач
☐ Остало – навести _____
☐ Ништа

ДИО II – Информације о врсти оштрог предмета и врсти повреде
(Попунити у случају повреде оштрим предметом)

Врста предмета:

☐ Игла – врста _____
☐ Хируршка игла за шивање
☐ Стакло – врста _____
☐ Остало – навести _____
☐ Ланцета
☐ и. в. канила
☐ Скалпел
☐ Маказе

Врста повреде:

☐ површна (без крварења)
☐ умјерена (перфорирана кожа, оскудно спонтано крварење)
☐ дубока (убод, дубока посјекотина или јаче спонтано крварење)

ДИО III – Укратко описати начин на који се десила изложеност

_____

Пријаву попунио:	**Датум и вријеме попуњавање пријаве:**

ДИО IV – ПОДАЦИ О ИЗЛОЖЕНОСТИ БИОЛОШКОМ МАТЕРИЈАЛУ

Врста биолошког материјала:

☐ Крв
☐ Крв и друго_____
☐ Цереброспинални ликвор
☐ Перитонеална течност
☐ Плеурална течност
☐ Слина
☐ Урин
☐ Повраћени садржај
☐ Остало – навести _____
☐ Непознато

Број пријаве изложености:

ДИО V – ПОДАЦИ О ИЗВОРНОМ БОЛЕСНИКУ

Могуће идентификовати изворног болесника:	☐ Да (изложеност се десила за вријеме / након помоћи болеснику или са обиљеженим узорком) ☐ Не (изложеност се десила предметом који је случајно затечен или је примијењен на више болесника – извор непознат)				
Извор идентификован:	**Име и презиме извора:**	**Датум тестирања:**			
Спроведено тестирање:		позитиван	негативан	одбија	непознато
	ХбсАг	☐	☐	☐	☐
	Анти-ХЦВ	☐	☐	☐	☐
	анти-ХИВ	☐	☐	☐	☐

ДИО VI – ИНФОРМАЦИЈЕ О ПОСТЕКСПОЗИЦИЈСКИМ ПОСТУПЦИМА ЕКСПОНИРАНОГ РАДНИКА

Експонирани радник:	**Радник пустио да рана крвари:** ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато		**Радник опрао контаминирано мјесто:** ☐ Водом ☐ Сапуном и водом ☐ Није опрао контаминирано мјесто	
	Дезинфиковао контаминирано подручје:	☐ Да	☐ Не	☐ Врста дезинфекционог средства – навести:_____
Вакцинални статус експонираног радника	Вакцинација против хепатитиса Б ☐ три дозе вакцине ☐ мање од три дозе вакцине ☐ није вакцинисан ☐ преболио хепатитис Б ☐ Остало – навести _____		Титар одређен ☐ никад ☐ једном након вакцинације ☐ једном – када: _____ ☐ више пута – када: _____ _____	
Експонирани радник тестиран:	**Датум тестирања:_____/_____/_____**			

Спроведено тестирање:		позитиван	негативан	није тестиран
	ХбсАг	☐	☐	☐
	анти-ХБс	☐	☐	☐
	Титар анти-ХБс	_____IU/L		☐
	анти-ХИВ (ЕЛИСА/WБ)	☐	☐	☐
	анти-ХЦВ	☐	☐	☐
	Контрола 1. ____/____/_____		**Контрола 2. ____/____/_____**	
	Контрола 3. ____/____/_____		**Контрола 4. ____/____/_____**	
Проведени профилактичк и поступци	Вакцинисање против тетануса (Ана-Те) ____/____/_____ Специфични хепатитис Б имуноглобулин (ХБИГ) ____/____/_____		Хумани тетанусни имуноглобулин (ХТИГ) ___/____/_____ Цијепљење против хепатитиса Б ____/____/_____	
	Антиретровирусна профилакса Почела ____/____/_____		Комбинација лијекова:	
	Завршила ____/____/_____			

Испунио доктор медицине:

Исход и дати савјети:

8 ПОСТУПАК СА ВЕШОМ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак разврставања, прикупљања, транспорта, прања, сушења, пеглања и чување веша.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују сви запослени који учествују у поступању са вешом.

1.4. Искључења

Здравствене установе које за потребе прања веша користе подуговорене сервисе за прање веша морају их упознати са процедуром поступања са вешом.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Веш у здравственој установи – обухвата све врсте медицинских текстилних предмета (радне униформе, плахте, ручнике, компресе) и немедицинских текстилних предмета (параване, завјесе, крпе за одржавање хигијене и др.) који служе за вишекратну намјену.

Неконтаминирани/коришћени веш – веш који је коришћен у ОЈ и није онечишћен крвљу или другим тјелесним течностима и излучевинама/фекалијама.

Контаминирани веш – веш који је користила особа за коју је потврђено или је постављена сумња да има заразну болест и веш који је онечишћен крвљу или другим тјелесним течностима и излучевинама/фекалијама.

2.2. Скраћенице

ОЈ – организациона јединица

3. ОПИС ПОСТУПКА

Сав веш у здравственим установама након прања мора бити чист, без флека, неугодних мириса и без микробиолошке контаминације. Поступање са вешом укључује неколико фаза:

- Разврставање веша према ризицима од контаминације;
- Руковање прљавим вешом;
- Привремено складиштење у ОЈ;
- Прање веша;
- Сушење и пеглање;
- Чување чистог веша.

Такође, приликом поступања са вешом треба предузети одређене опште мјере предострожности, а које укључују најмање сљедеће:

- прикупљање и разврставање веша захтијева обавезно ношење одговарајуће заштитне опреме;

- приликом прикупљања веша избјегавати трескање веша како се не би стварала прашина и не спуштати веш на под или на чисте површине;
- веш који је запрљан (контаминиран) крвљу или тјелесним течностима, фецесом или излучевинама не испирати под млазом текуће воде нити ручно прати веш;
- веш који је запрљан фецесом или садржајем из желуца не испирати млазом текуће воде, већ се предузимају мјере личне заштите – навући рукавице и папирним убрусом обрисати садржај, а папирни убрус одбацити у тоалет;
- веш-машине намијењене за домаћинство нису прикладне за прање веша који је контаминиран крвљу или тјелесним течностима, фецесом и другим излучевинама;
- веш се прикупља у непромочиве вреће или пластичне кошаре/контејнере различитих кодних боја (нпр. црне вреће) и контаминирани веш (нпр. жуте вреће);
- вреће или кошаре/контејнере пунити до 2/3 запремине и након пуњења затворити или чврсто завезати;
- сав веш у ОЈ мора бити обиљежен ознаком ОЈ, како би се осигурало да се након прања иста количина веша врати у ОЈ;
- контаминиран и неконтаминирани веш перу се одвојено;
- медицински и немедицински веш перу се одвојено;
- радна одјећа особља се у вешерај или перионицу веша одвојено прикупља и одвојено пере у складу са уобичајеним поступцима прања веша за коришћени и/или контаминирани веш;
- веш који је оштећен у вешерај се шаље у врећама или кошарама/контејнерима на којима је назначено да се ради о оштећеном вешу за који се након прања и сушења процјењује да ли је могућа поправка или се одбацује као отпад за текстилну рециклажу;
- избјегавати коришћење *eco* програма и програма за брзо прање веша;
- након прања веша обавезно је сушење веша у машини за сушење веша;
- прљав веш се не смије транспортовати кроз просторије у којима се рукује храном (кухиње, простор за складиштење хране или конзумацију хране);
- у вешерају се путеви чистог и прљавог веша не смију укрштати;
- простор за пеглање веша мора бити у чистом дијелу вешераја;
- у вешерају мора постојати лавабо са текућом топлом водом и осигурана опрема за одржавање хигијене руку (диспензор са текућим сапуном и једнократним ручницима) или антисептик на бази алкохола за хигијенско утрљавање;
- запослени у здравственој установи не смију носити радне униформе кући на прање.

Специфичне мјере предострожности које се односе на особље које управља прљавим вешом или ради у вешерају, а које здравствена установа мора спровести, укључује најмање сљедеће:

- спровести обуке за правилно и сигурно поступање са вешом;
- осигурати доступност личне заштитне опреме (маске, рукавице за једнократну употребу) и, ако је неопходно, опрему (једнократне заштитне кецеље) за заштиту радне униформе;
- спровести обуку о начину коришћења личне заштитне опреме;
- осигурати доступност опреме за одржавање хигијене руку;

- забранити конзумирање хране у просторијама вешераја;
- обавезно покрити дио коже водоотпорном заштитом (фластер или завој) уколико на кожи постоје оштећења коже у виду посјекотина и огреботина;
- осигурати приступ сету за збрињавање просуте крви или других тјелесних течности или сету за збрињавање у случају контаминације инфективним садржајем.

3.1. Разврставање веша према ризицима од контаминације

Вреће, кошаре/контејнери који се у здравственој установи користе за прикупљање веша морају бити израђени од одговарајућег материјала (непромочиве), прикладног за намјену и без видљивих оштећења (рупе, прокидани дијелови или напукнућа).

Све вреће или кошаре/контејнери за веш морају се адекватно означити одговарајућом ознаком или етикетом здравствене установе или ОЈ и морају бити датиране. Уколико веш није адекватно означен и разврстан, особље задужено за преношење, превоз и прање веша не треба да га прихвати. Такође, у циљу разликовања о којој врсти веша се ради, односно о каквом ризику од контаминације, здравствена установа треба да користи вреће или пластичне кошаре/контејнере различитих кодних боја (примјер представљен у прилогу 1). Вреће или кошаре/контејнери не препуњавају се и пуне се до 2/3 своје запремине како би се осигурало правилно затварање и сигурно и несметано руковање. Вреће у које се одлаже контаминирани/заразни веш морају на себи имати и ознаку да се ради о контаминираном/заразном вешу. Уколико здравствена установа за одлагање контаминираног веша користи кошаре/контејнере, веш се прије одлагања у контејнере пакује у вреће. Исти принципи приликом разврставања веша према ризицима од контаминације примјењују се уколико услугу прања веша спроводе подуговорене перионице веша и ови принципи морају се прецизно дефинисати уговором између здравствене установе и подуговарача.

У циљу смањења контакта са контаминираним вешом и ризика од оболијевања особља које у здравственој установи рукује вешом, здравствена установа за потребе разврставања контаминираног веша може користити вреће које су топиве у води, односно вреће које су у цијелости израђене од топивог материјала (примјењиви за индустријске машине) или су само рубови вреће израђени од топивог материјала (примјењиве за машине за веш у домаћинству), који се топи када вреће дође у контакт са водом у веш-машини која је одређене температуре.

3.2. Руковање прљавим вешом

Обавезно је пажљиво руковање свим прљавим вешом како би се пренос микроорганизама са прљавог/контаминираног веша свео на минимум. Руке се одмах након руковања морају прати, а уколико се ради о контаминираном вешу, обавезно је ношење личне заштитне опреме (рукавице за једнократну употребу и једнократне заштитне кецеље). Прљави веш се никада не смије превозити у радном окружењу уколико вреће или кошаре/контејнери нису адекватно затворени и на адекватан начин означени налепницом „заразни/контаминирани веш". Преношење прљавог веша између просторија унутар здравствене установе у вешерај и предаја веша подуговарачу се врши када је у ходницима здравствене установе најмања фреквенција пацијената.

Обавезно водити рачуна о томе да се сви елементи који нису дио веша скину са веша прије него што се стави у вреће како би се избјегла могућност повреде особља које рукује вешом и оштећења веша приликом прања, односно машина за прање веша. У случају да се особље током руковања веша повриједи, обавезно ову врсту повреде

документују на за то предвиђеном обрасцу као нежељени догађај и предузимају се мјере прве помоћи.

Особа одговорна за прикупљање веша у ОЈ обавезно води евиденцију о количинама веша прикупљеним у ОЈ и предатим на прање. О том води писану евиденцију на којој својим потписом потврђује количине веша које су предате на прање.

Возила или колица која се користе за превоз веша морају бити лака за чишћење и не смију се користити за превоз чистог веша. Уколико се за превоз чистог и прљавог веша користи исто возило, у возилима мора постојати могућност физичког одвајања чистог од прљавог веша (нпр. одговарајући сандуци). Колица и возила се након превоза прљавог веша редовно одржавају (прање/деконтаминација/дезинфекција врше се у складу са распоредом/планом чишћења који је донесен на нивоу здравствене установе и исто се дефинише у уговору са подуговарачем). Ови поступци се обавезно документују, а провјеру исправности попуњености образаца врши одговорна особа именована на нивоу здравствене установе.

3.3. Привремено складиштење веша у организационој јединици

Сав веш који је правилно одвојен, стављен у вреће и означен привремено се може одложити у ОЈ која је посебно одређена за ту намјену (нпр. прљави простор или простор за нечисти веш). Просторија у коју се привремено складишти веш мора осигуравати одређене микроклиматске услове, као што је простор који је сув и хладан и без присуства штеточина и простор којем је онемогућен јавни приступ.

За складиштење прљавог, а првенствено контаминираног веша не смију се користити просторије које служе за складиштење хигијенских потрепштина и чишћење просторија.

Уколико се веш предаје подуговореном вешерају, просторија у коју се привремено складишти веш, поред испуњења основних микроклиматских услова, треба испунити и услове у погледу лаке доступности и лаког изношења веша.

3.4. Прање веша

Поступак прања веша састоји се од три фазе, без обзира на то да ли се ради о чистом/коришћеном или контаминираном вешу:

- **прање** – у фази прања осигурава се да сав веш буде видљиво чист без присуства контаминације у тканини;
- **дезинфекција** – физичка или хемијска деконтаминације веша у циљу смањења или елиминације одрживе количине микроорганизама;
- **испирање** – смањење броја живих микроорганизама смањује се коришћењем отапала.

За прање веша користити веш-машине које су намијењене за прање веша у здравственој установи. Користе се професионалне/индустријске машине.

Детерџенти са избјељивачем на бази активног кисеоника најприкладнији су за прање веша у здравственим установама гдје постоји висок ризик од инфекције.

Машина за веш се приликом прања веша не смије препуњавати и обавезно је потребно држати се упута произвођача у погледу максималног односно минималног оптерећења веш-машине. Машине за веш редовно се чисте у складу са препорукама произвођача и у њима не смије бити наслага биоматеријала, алги и каменца. Машине за веш треба да буду опремљене топлотним сензорима/индикаторима тако да се могу пратити све фазе

термичке дезинфекције код сваког прања. Периодична провјера исправности машине за веш спроводи се у складу са препорукама произвођача. Сва провјера се евидентира на за то предвиђеном обрасцу евиденције.

3.4.1. Поступак прања веша

Велики број микроорганизама се физички елиминише употребом воде и детерџента, а преостали дио ће се елиминисати сушењем и пеглањем.

Вреће или кошаре/контејнери отварају се у непосредној близини веш-машине и веш се не просипа на под већ се директно из вреће или кошаре/контејнера убацује у бубањ машине. Уколико се ради о нерастворљивим врећама, вреће се након пражњења одбацују у амбалажу за збрињавање потенцијално инфективног отпада, изузев ако се не ради о врећама у које је збринут чисти веш, а који је враћен на прање након што дуже вријеме није коришћен. Кошаре/контејнери се након пражњења најмање једном седмично, а по потреби и чешће, перу топлом водом и детерџентом и дезинфикују.

Веш се, зависно од категорије којој припада, прати у складу са начином предвиђеним за ту категорију веша и у процесу прања не треба да се комбинују различите категорије веша. Термичка обрада веша према категоријама веша представљена је у прилогу 1.

Врсту веша, начин прања и динамику прања веша здравствена установа дефинише „Планом чишћења" који се доноси на нивоу здравствене установе. Приликом дефинисања „Плана чишћења", начин одржавања веша спроводити у складу са препорукама произвођача и степеном контаминације наведеног веша.

3.4.2. Сушење и пеглање веша

Веш се одмах након прања пребацује у машине за сушење и веш се суши на програму који је препоручен од стране произвођача тканине. Након сушења, веш се пегла у чистом дијелу вешераја. Након пеглања, веш се враћа у здравствену установу или ОЈ у количини и квалитету у каквом је преузет.

3.5. Чување чистог веша

Простор у којем се чува веш мора бити заштићен од контаминације из околине и микроорганизама. Чисти веш се чува у за то означеном простору – „чисто" – који се не налази унутар нечистих простора или простора „нечисто" у вешерају. Ако то није могуће осигурати, чисти веш мора бити заштићен непропусним покривачем.

Простор и мјеста на којима се чува чист веш треба да испуњавају сљедеће услове:

- мјеста на којима се чува чист веш морају бити сува и осигурати заштиту од контаминације веша;
- веш се чува сложен на полицама које се налазе најмање 10 cm (6 инча) изнад нивоа пода;
- полице на којима се слаже веш морају бити прикладне за чишћење и њихово чишћење се спроводи у складу са „Планом чишћења здравствене установе", о чему се води евиденција;
- уколико се за транспорт користе колица, она морају служити само за превоз чистог веша и морају бити од материјала који се лако чисти;
- чисти веш се не смије држати у простору који служи за нечисто или у тоалетима;
- приликом манипулисања чистим вешом руке морају обавезно бити чисте.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

1. Категорија веша, кодне боје за разврставање и начин прања веша

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Категорија веша, кодне боје за разврставање и начин прања веша

Категорија веша	Опис	Кодна боја	Начин прања
Чисто	Веш који након прања није коришћен дужи временски период	Бијела	Прати на 65° C у трајању од најмање 10 минута или 71° C у трајању од најмање 3 минута. Циклус прања великом количином текуће воде није неопходан.
Коришћено	Сав веш који је коришћен у ОЈ (изузев униформи), а који није онечишћен крвљу или тјелесним течностима	Црна	Прати на 65° C у трајању од најмање 10 минута или 71° C у трајању од најмање 3 минута. Циклус прања великом количином текуће воде није неопходан.
Неотпорно на топлоту	Веш који може бити оштећен (скупљање или ширење материјала) у поступку термичке дезинфекције	Плава	Хемијско прање веша у овом случају прикладно је за неке комаде веша. Веш који захтијева прање на нижим температурама (40–50° C) мора се прати одвојено. Прању веша се, уколико је неопходно додатно уништавање микроорганизама, може у претпосљедње испирање додати натријум хиперхлорит или варикина. Спровести најмање два циклуса испирања у циљу смањења броја микроорганизама и одстрањења детерџента и дезинфекционог средства.
Контаминирано	Сав веш који је користила особа за коју је потврђено или је постављена сумња да има заразну болест и веш који је онечишћен крвљу или другим тјелесним течностима, излучевинама/ фекалијама	Жута/Црвена	Веш не прати прати ручно под млазом текуће воде. Обавезно носити заштитну опрему. За прање користити циклус за испирање великом количином текуће воде. Прати на 65° C у трајању од најмање 10 минута или 71° C у трајању од најмање 3 минута.

9 УПРАВЉАЊЕ МЕДИЦИНСКИМ ОТПАДОМ И ПОСТУПАК У СЛУЧАЈУ ПРОСИПАЊА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинишу се мјере и активности у поступку управљања медицинским отпадом и поступак у случају просипања.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Управљање медицинским отпадом – провођење прописаних мјера за поступање са медицинским отпадом у оквиру разврставања, паковања, обиљежавања, прикупљања, складиштења, транспорта и третмана, односно, поновног искоришћавања и одлагања медицинског отпада**.**

Медицински отпад – отпад који настаје пружањем здравствених услуга и вршењем научних истраживања и експеримената у области медицине.

Каталог отпада – систематизовани преглед назива отпада према особинама и дјелатностима од којих отпад потиче. Опасни отпад у „*Каталогу отпада*“ има ознаку звјездице (*) (прилог 1).

Оштри предмети – предмети који могу изазвати посјекотине или убодне ране (игле, ланцете, скалпели и остали оштри предмети), без обзира на то да ли су били у контакту с пацијентом или инфективним материјалом.

Веома инфективни отпад – опасан отпад који, због патогености и броја микроорганизама, представља ризик по здравље људи, те чије скупљање и одлагање подлијеже посебним захтјевима ради спречавања инфекције.

Хемијски отпад – опасан медицински отпад који садржи опасне или токсичне хемикалије, као што су лабораторијски реагенси, развијачи рендгенског филма, дезинфицијенси који нису употребљиви или којима је истекао рок употребе, отпад са високим садржајем тешких метала и слично.

Отпадни амалгам из стоматологије – опасан отпад са високим садржајем живе, као што је неупотријебљен амалгам, отпад настао приликом поправки амалгамских пломби који захтијева посебан третман.

Фармацеутски отпад – обухвата лијекове којима је истекао рок употребе, лијекове промијењених органолептичких особина, лијекове оштећене амбалаже, лијекове за које је лабораторијском контролом утврђено да не одговарају прописаном квалитету,

медицинска средства која нису више у употреби и неисправна медицинска средства, примарну амбалажу лијекова.

Комунални отпад – отпад из домаћинства као и други отпад који је због своје природе или састава сличан отпаду из домаћинства.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: *о*безбиједити правилно збрињавање медицинског отпада и правилно поступање у случају просипања.

3.1. Амбалажа за медицински отпад

- одговорна особа / одбор за управљање медицинским отпадом у оквиру плана управљања медицинским отпадом планира и набавку намјенске амбалаже за одлагање медицинског отпада (канте, контејнери, транспортни контејнери, кесе), те етикета за обиљежавање амбалаже, у складу са потребама установе;
- намјенска амбалажа за одлагање медицинског отпада треба да буде израђена тако да онемогућава неовлаштено отварање посуда и контејнера, послије обраде не загађује околину, да је непробојна за оштре предмете, да онемогућава испадање садржаја, озљеђивање, као и пренос инфекције на особе које поступају са отпадом, да је непропусна за текућине и онемогућава пролијевање садржаја и да је кодирана по бојама у складу са категоријама медицинског отпада;
- набавку амбалаже за одлагање медицинског отпада у организационој јединици врши одговорна медицинска сестра – техничар у складу са процедуром набавке установе;
- одговорна медицинска сестра – техничар редовно прати стање залиха амбалаже за одлагање медицинског отпада у организационој јединици и припрема захтјев за набавку у складу са потребама, максимално дозвољеним количинама и одређеним временским интервалима договореним на нивоу установе.

3.2. Сет за деконтаминацију

- у интересу минимизирања ризика од повреде или инфекције, доступан је припремљен сет за деконтамицију у случају просипања инфективног отпада са чијим су начином употребе, локацијом и садржајем упознати сви радници (посебна затворена кутија, прописно означена, у којој се налазе: дебље заштитне гумене или нитрилне рукавице, заштитно одијело, наочале, маска, непромочиве кесе, контејнер за оштрице, етикете за обиљежавање амбалаже медицинског отпада, апсорптивне крпе, тампони од газе, дезинфекционо средство, а поред тога и посебан прибор за чишћење – лопатица, метла, држач мопа, моп и канте);
- у случају да у здравственој установи још увијек има термометара или сфигноманометара са живом који су у употреби, формира се сет за деконтаминацију у случају излијевања живе (посебна затворена кутија, прописно означена, у којој је лична заштитна опрема, пластична лопатица, спужва, кеса и кутија).

3.3. Разврставање и одлагање медицинског отпада на мјесту настанка

- медицински отпад разврстава се најближе мјесту настанка, у намјенску амбалажу која по боји омогућава лако разврставање отпада на различите категорије;

– намјенска амбалажа за одлагање минимално три категорије отпада: оштри предмети, инфективни и комунални отпад (а по потреби и за остале категорије) постављена је на удаљености од максимално пет метара од мјеста генерисања отпада;
– медицински отпад настао пружањем здравствених услуга у кућним условима медицинска сестра – техничар одлаже у адекватну амбалажу и транспортује у здравствену установу на даље поступање;
– сви запослени који долазе у контакт са медицинским отпадом минимално једном годишње пролазе обуке и тренинге везане за управљање медицинским отпадом.

3.3.1 Одлагање оштрих предмета

– оштри предмети одлажу се у пластичне непропусне жуте контејнере са поклопцима;
– одлагање игала врши се на начин да се игле са бризгалице одвајају потезањем уназад када је игла већ у отвору контејнера, водећи рачуна да се не додирује рукама (слика 1);
– одлагање инфузионог сета врши се на начин да се игла заједно са инфузионим системом одлаже до врха отвора контејнера, а затим маказама врши пресијецање пластичног дијела система;
– забрањено је враћање заштитне капице на коришћену иглу, савијање и ломљење игала, како би се минимизирао ризик од повреде и/или инфекције (слика 2).

3.3.2 Одлагање инфективног, потенцијално инфективног и веома инфективног отпада

– инфективни и потенцијално инфективни медицински отпад одлаже се у жуте кесе постављене у намјенске канте са папучицом или окачене за држач за кесе са поклопцем;

Слика 1. Одлагање игле у контејнер за оштрице

Слика 2. Знак забране враћања поклопца на иглу

– веома инфективни отпад одлаже се у двије жуте кесе. Унутрашњост кеса које се користе за одлагање високо ризичног инфективног отпада попршћу се раствором хлорног препарата.

3.3.3 Одлагање хемијског отпада

– хемијски отпад одлаже се у пластичне непропусне бијеле (плаве) контејнере.

3.3.4 Одлагање фармацеутског отпада

– фармацеутски отпад одлаже се у пластичне непропусне црвене контејнере;

– лијекови и медицинска средства истеклог рока трајања евидентирају се у листу евиденције фармацеутског отпада, у коју се уноси назив лијека / медицинског средства, фармацеутски облик и количина, датум истека рока трајања.

3.3.5 Одлагање комуналног и рециклажног отпада

– комунални отпад одлаже се у црне кесе постављене у намјенске канте са папучицом или окачене за држач за кесе са поклопцем;

– рециклажни отпад одлаже се у посебно намијењене контејнере или другу амбалажу.

3.4. Обиљежавање медицинског отпада на мјесту настанка

– медицинска сестра – техничар јасно означава амбалажу медицинског отпада прије постављања новог контејнера, односно кесе у намјенску канту, лијепљењем етикете која садржи сљедеће податке: мјесто настанка отпада (назив здравствене установе и амбуланте/службе), датум настанка отпада, потпис лица које попуњава етикету, шифру и назив категорије отпада из *Каталога отпада*, те симбол за означавање отпада (слика 3);

– након одлагања лијекова истеклог рока трајања у обиљежену амбалажу, медицинска сестра – техничар попуњава образац *Списак лијекова са истеклим роком трајања*;

– када се амбалажа медицинског отпада напуни (највише до двије трећине запремине амбалаже), медицинска сестра – техничар је добро затвара и предаје у складу са процедуром установе, о чему се води евиденција на обрасцу *Евиденција примопредаје медицинског отпада у амбуланти/служби*.

МЕДИЦИНСКИ ОТПАД ОШТРИ ПРЕДМЕТИ / СЛОМЉЕНО СТАКЛО	
Извор отпада:	**Датум: Вријеме:**
Име особе која попуњава декларацију:	
ЕКО 18 01 01* МЕДИЦИНСКИ ОТПАД ОШТРИ ПРЕДМЕТИ / СЛОМЉЕНО СТАКЛО	

ОПАСНОСТ! ИНФЕКТИВНИ МЕДИЦИНСКИ ОТПАД	
Извор отпада:	**Датум: Вријеме:**
Име особе која попуњава декларацију:	
ЕКО 18 01 03* ИНФЕКТИВНИ ОТПАД ЧИЈЕ САКУПЉАЊЕ И ОДЛАГАЊЕ ПОДЛИЈЕЖЕ ПОСЕБНИМ ЗАХТЈЕВИМА ЗБОГ СПРЕЧАВАЊА ИНФЕКЦИЈЕ	

Слика 3. Обиљежавање медицинског отпада

ОПАСНОСТ! ОПАСАН МЕДИЦИНСКИ ОТПАД	
Извор отпада:	**Датум:** **Вријеме:**
Име особе која попуњава декларацију:	 OPASNOST OPASAN OTPAD
ЕКО 18 01 06* **ХЕМИЈСКИ ОТПАД**	

ОПАСНОСТ! ОПАСАН МЕДИЦИНСКИ ОТПАД	
Извор отпада:	**Датум:** **Вријеме:**
Име особе која попуњава декларацију:	 OPASNOST OPASAN OTPAD
ЕКО 18 01 09 **ФАРМАЦЕУТСКИ ОТПАД**	

3.5. Прикупљање медицинског отпада на мјесту настанка и транспорт до мјеста привременог складиштења

- прикупљање медицинског отпада у претходно затвореној и јасно обиљеженој амбалажи са различитих мјеста настанка врши се једном дневно, а по потреби на крају сваке смјене;
- медицински отпад транспортује се у затвореним непробојним и непропусним контејнерима и, по потреби, на намјенским колицима, који су јасно обиљежени знацима упозорења; утврђеном рутом и онда када је смањен интензитет активности у здравственој установи; уз временско раздвајање од чистих путева;
- забрањено је исправљање грешака у раздвајању отпада;
- на мјесту привременог складиштења врши се вагање медицинског отпада и попуњава се образац *Евиденција примопредаје медицинског отпада у привремено складиште*;
- транспортни контејнери за медицински отпад и намјенска колица редовно се чисте и дезинфикују.

3.6. Привремено складиштење медицинског отпада

- мјесто привременог складиштења медицинског отпада је простор/просторија под кључем и под надзором именоване одговорне особе, видљиво обиљежена знаком биохазарда, врстама и категоријама отпада који се складишти, са подацима о одговорном лицу и радном времену складишта, довољно пространа за пријем максимално предвиђених количина различитих категорија отпада, са приступом доводу и одводу воде, површинама које могу лако да се чисте и дезинфикују, добро осивјетљена и прозрачивана, недоступна за глодаре и инсекте;
- на мјесту привременог складиштења, медицински отпад чува се у добро затвореним контејнерима који се редовно чисте и дезинфикују, раздвојен по категоријама;
- на мјесту привременог складиштења обезбјеђују се прописани температурни услови за чување различитих категорија отпада, о чему се води евиденција;
- инфективни медицински отпад може се чувати најдуже до:
  - седам дана на температури до +8° C;
  - пет дана на температури од +8°C до +15° C;

  - 72 сата на температури од +15° C до +20° C;
  - 24 сата вишој од +20° C;
- лијекови истеклог рока трајања чувају се у секундарном паковању лијека. Прије предаје на даљи третман, уклања се секундарно паковање и лијекови се разврставају на сљедеће категорије: антибиотици, наркотици, инфузиони и инјекциони раствори и остали лијекови, а за сваку категорију сачињава се листа евиденције фармацеутског отпада, на начин описан у тачки 3.3.4;
- на мјесту привременог складиштења одговорна особа води дневну евиденцију за сваку категорију отпада посебно на обрасцу *Дневна евиденција о отпаду произвођача отпада*;
- на мјесту привременог складиштења доступан је сет за деконтаминацију у случају просипања отпада, противпожарни апарат, видљиво су истакнута упутства за поступање у случају ванредних ситуација, те бројеви телефона одговорног лица, полиције, хитне помоћи и ватрогасаца.

3.7. Транспорт до постројења за складиштење и/или третман медицинског отпада

- са мјеста привременог складиштења одговорна особа отпад предаје у складу са процедуром установе;
- три дана прије транспорта отпада и/или опасног отпада, одговорна особа о томе обавјештава надлежну институцију у складу са важећим прописима;
- приликом предаје на транспорт и/или третман медицинског отпада овлаштена фирма за складиштење и/или третман медицинског отпада попуњава обрасце у складу са важећим прописима, а одговорна особа овај документ архивира;
- одговорна особа на основу података из дневне евиденције израђује годишњи извјештај у складу са важећим прописима.

3.8. Надзор над управљањем медицинским отпадом

- надзор над радом лица која спроводе поједине поступке управљања медицинским отпадом у складу са процедуром врши главна медицинска сестра – техничар установе / одговорна медицинска сестра – техничар организационе јединице;
- надзор над управљањем медицинским отпадом врши именована одговорна особа / одбор за управљање медицинским отпадом, праћењем имплементације плана управљања медицинским отпадом.

3.9. Поступак у случају просипања медицинског отпада

3.9.1 Просипање инфективног отпада

- обавијестити руководиоца организационе јединице или главну сестру, а ван редовног радног времена дежурног љекара установе о насталом акциденту;
- приступити сету за деконтаминацију у случају просипања инфективног отпада, из сета узети личну заштитну опрему и обући је;
- ограничити приступ простору у коме је дошло до контаминације;
- покрити подручје просуте материје апсорптивним крпама или једнократним папирним убрусима натопљеним 1% раствором натријум хипохлорита и оставити да дјелује 3–5 минута;

- скупљени материјал одложити у одговарајућу амбалажу за медицински отпад и прописно обиљежити;
- уколико има комадића стакла, водити рачуна о томе да се одлажу у адекватно обиљежене контејнере за оштре предмете;
- контаминирани простор добро очистити детерџентом, а затим испрати чистом водом;
- дезинфиковати површину 0,1% раствором натријум хипохлорита, оставити да дјелује 3–5 минута и испрати чистом водом;
- посушити површину једнократним папирним убрусима;
- сву контаминирану опрему и отпад адекватно уклонити на мјесто предвиђено за одлагање медицинског отпада, те спровести хигијену руку;
- послије обављеног чишћења, пријавити нежељени догађај попуњавањем обрасца *Пријава* нежељеног догађаја;
- уколико се приликом акцидентне ситуације десила повреда оштрим предметом или је дошло до контакта с тјелесним течностима и излучевинама, одговорна особа организационе јединице пријављује и повреду, попуњавањем обрасца „Пријава повреде оштрим предметом или контактом са тјелесним течностима или излучевинама".

Напомена: Уколико приликом уклањања просутог отпада дође до контаминације коже слузница или заштитне одјеће, поступити у складу са процедуром „Превенција и профилакса инфекција које се преносе путем крви и другим тјелесним течностима".

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Класификација отпада – извод из „Каталога отпада"

4.2. Обрасци

1. Евиденција лијекова и медицинских средстава са истеклим роком трајања
2. Евиденција примопредаје медицинског отпада у амбуланти/служби
3. Евиденција примопредаје медицинског отпада у привременом складишту

Прилог 1. Класификација отпада – извод из „*Каталога отпада*“ (Правилник о категоријама, испитивању и класификацији отпада, „Службени гласник Републике Српске“, број 19/15 и 79/18)

КЛАСИФИКАЦИОНИ БРОЈ	**ВРСТЕ, ОСОБИНЕ И ДЈЕЛАТНОСТ ИЗ КОЈИХ ОТПАД ПОТИЧЕ**
1801	**Отпади из породилишта, дијагностике, третмана или превенције болести људи**
18 01 01	Оштри инструменти (изузев 18 01 03)
18 01 02	Дијелови тијела и органи, укључујући и кесе са крвљу и крвне продукте (изузев 18 01 03)
18 01 03*	Отпади чије скупљање и одлагање подлијеже посебним захтјевима због спречавања инфекције
18 01 04	Отпади чије скупљање и одлагање не подлијеже посебним захтјевима због спречавања инфекције (нпр. завоји, гипсеви, одјећа за једнократну употребу и пелене)
18 01 06*	Хемикалије које се састоје од опасних супстанци или садрже опасне супстанце
18 01 07	Хемикалије другачије од оних наведених у 18 01 06
18 01 08*	Цитотоксични и цитостатични лијекови
18 01 09	Лијекови другачији од оних наведених у 18 01 08
18 01 10*	Отпадни амалгам из стоматологије

Образац 1. Евиденција лијекова и медицинских средстава са истеклим роком трајања

Датум	**Подаци о лијеку или медицинском средству са истеклим роком трајања (назив, облик, јачина, величина...)**	**Датум производње**	**Датум истека рока трајања**	**Количина**	**Јединица мјере (кутија, ампула, комад...)**	**Потпис**

Образац 2. Евиденција примопредаје медицинског отпада у амбуланти/служби

Датум и вријеме	Амбуланта/ служба	Врста медицинског отпада	Потпис особе која предаје отпад	Потпис особе која прима отпад

Образац 3. Евиденција примопредаје медицинског отпада у привременом складишту

Датум и вријеме	Амбуланта/ служба	Врста медицинског отпада	Количина медицинског отпада (kg/l)	Потпис особе која предаје отпад	Потпис особе која прима отпад

III. ДИО

ПРОЦЕДУРЕ МЈЕРЕЊА

1 АНТРОПОМЕТРИЈСКА МЈЕРЕЊА У ПЕДИЈАТРИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

2 АНТРОПОМЕТРИЈСКА МЈЕРЕЊА У ОДРАСЛОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

3 МЈЕРЕЊЕ ВИТАЛНИХ ФУНКЦИЈА

4 МЈЕРЕЊЕ ГЛУКОЗЕ ИЗ КАПИЛАРНЕ КРВИ

1 АНТРОПОМЕТРИЈСКА МЈЕРЕЊА У ПЕДИЈАТРИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинских сестара – техничара код провођења антропометријских мјерења у педијатријској популацији.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Дојеначка доб – доб која се протеже од рођења до навршене прве године живота. У склопу дојеначке доби налази се и новорођеначка доб, која се дијели на рани неонатални период до навршеног 7. дана живота и на касни неонатални период до навршеног 28. дана живота.

Предшколска доб – период од почетка друге године живота до краја пете, шесте или седме године живота. Овај период се дијели на:

- Период малог дјетета (млађа предшколска доб) – период који обухвата другу и трећу годину живота.
- Период предшколског дјетета – од четврте до шесте или седме године живота.

Школска доб – вријеме од почетка до завршетка обавезног школовања (раздобље између доби од 6. до 7. године и 18–19. године). У саставу школске доби укључено је раздобље пубертета. Пубертет почиње појавом првих секундарних спољних карактеристика (око 10. године живота код дјевојчица, а око 12. године живота код дјечака) и траје до полне зрелости (код дјевојчица је то у просјеку између 14. и 16. године, а код дјечака између 15. и 17. године).

Адолесценција – период који почиње завршетком пубертета, односно наступом пуне полне зрелости а завршава престанком тјелесног раста и развоја. Почетком адолесценције сматра се доб са напуњених 10 година живота и код дјевојчица и код дјечака, без обзира на достигнути степен тјелесног, сексуалног или емоционалног развоја.

Раст дјетета – означава квантитативно повећање димензија тијела, органа или ткива.

Развој дјетета – означава квалитативне промјене у току биолошког сазријевања.

Мјерење тјелесне масе – један од параметара којим се одређује статус ухрањености дјетета.

Мјерење тјелесне дужине/висине – поступак којим се утврђује уздужна димензија особе, од стопала до тјемена.

Индекс тјелесне масе (Body Mass Index – BMI) за дјецу и адолесценте – специфичан је за доб и пол и један је од параметара који је најуже повезан са количином прекомјерног масног ткива у тијелу. Израчунава се тако да се вриједност тјелесне масе, добијене мјерењем, а изражене у килограмима, подијели са квадратом тјелесне висине изражене у метрима. Добијене бројчане вриједности уносе се у графикон за индекс тјелесне масе у односу на доб и пол (од 2. до 20. године), те се на тај начин добијају перцентили.

Мјерење обима струка – један је од начина који служи за процјену дистрибуције масног ткива. Адекватан је индикатор интраабдоминалних масти као и процјене здравственог ризика. Користи се за препознавање прекомјерне тјелесне масе код дјеце.

Франкфуртска раван – поглед право према напријед тако да је доња ивица орбите у истој спољашњој равни са спољашњим ушним каналом.

Обим главе – поступак којим се утврђује мјерење фронтоокципиталног дијела главе и директни је показатељ раста мозга.

Перцентилне кривуље – користе се за праћење раста и развоја дјеце/адолесцената и представљају стандард по коме се одређује положај појединог дјетета у односу на стандардну педијатријску популацију према полу и доби.

2.2. Скраћенице

ТМ – тјелесна маса.

ТД – тјелесна дужина.

ТВ – тјелесна висина.

ОГ – обим главе.

ОС – обим струка.

ИТМ – индекс тјелесне масе.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Антропометријска мјерења у педијатрији користе се као значајни индикатори раста и развоја дјетета. Раст и развој су врло сложени, дуготрајни и међусобно повезани биолошки процеси, који се одвијају од зачећа до пуне зрелости (до краја адолесценције). Најчешће коришћени параметри антропометријских мјерења су тјелесна маса, тјелесна дужина/висина, обим главе, обим струка и утврђивање индекса тјелесне масе. Добијене вриједности мјерења упоређују се са стандардним перцентилним кривуљама према узрасту и полу.

Мјере предострожности

- поступак спровести на претходно баждареној и калибрисаној мјерној опреми;
- водити рачуна о сигурности дјетета;
- просторија у којој се врши мјерење треба да буде свијетла, прозрачна и топла;
- мјерење обављати ујутро, ако је могуће прије оброка, након микције и дефекације;
- уколико је примјењиво, упоредити претходне вриједности мјерења са новим мјерењем;

– могућа непрецизност у мјерењу ТД условљена је варијацијом мишићног тонуса новорођенчета/дојенчета, употребом платнене центиметарске траке за мјерење ОГ и ОС, те спретношћу медицинске сестре – техничара који обавља мјерење;
– медицинска сестра – техничар треба да се налази на оној страни на којој се налази мјерна љествица за очитавање ТД;
– уколико дијете приликом мјерења ТТ и ТВ не сарађује, због чега се не могу добити тачне вриједности мјерења, евидентирати вриједности коју медицинска сестра – техничар процјењује као најбоље очитану. Евидентирати и околности под којима је мјерење спроведено.

3.1 Мјерење тјелесне масе, тјелесне дужине и обима главе новорођенчета/дојенчета

Циљ: осигурати правилно мјерење тјелесне масе, тјелесне дужине и обима главе новорођенчета/дојенчета.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

– опрати, посушити, дезинфиковати руке и ставити маску.

Пацијент

– за мјерење ТМ и ТД ставити новорођенче/дојенче у лежећи положај и распремити га;
– за мјерење ОГ ставити новорођенче/дојенче у лежећи положај, дјелимично утопљено, са слободном главом.

Материјал и опрема

– сто за преглед беба / струњача;
– вага за бебе са дужиномјером;
– пластифицирана центиметарска трака;
– чиста пелена;
– папир или целулозна вата (целштоф);
– средство за дезинфекцију;

3.1.1. Мјерење тјелесне масе новорођенчета/дојенчета

– на претходно дезинфиковану вагу ставити папир или целулозну вату (целштоф);
– провјерити стартну позицију скале за очитавање масе (скала мора да буде на нултој ознаци);
– распремити новорођенче/дојенче и узети га ослоњено грудним кошем о длан медицинске сестре – техничара, прекривено чистом пеленом те га пренијети до ваге за мјерење;
– скинути чисту пелену са новорођенчета/дојенчета и ставити је на вагу;
– придржавати новорођенче/дојенче са обје руке (једна испод грудног коша, друга преко косматог дијела главе), а затим га спустити на вагу спуштајући прво ноге, затим глутеални предио, па леђни дио и главу;
– прекрити новорођенче/дојенче слободним крајевима пелене, умирити га и очитати добијену вриједност;

– подићи новорођенче/дојенче са ваге на начин да се недоминантна рука стави испод главе, доминантна рука преко грудног коша и лаганим подизањем главе пребацити тежину тијела новорођенчета/дојенчета на длан руке која се налази на грудном кошу;
– очитати тежину пелене са целштофом и од укупне добијене вриједности ТМ одузети вриједност тежине.

3.1.2 Мјерење тјелесне дужине новорођенчета/дојенчета помоћу ваге за бебе са дужиномјером

– на претходно дезинфиковану лежајну површину дужиномјера ставити чисту пелену или целштоф и спустити новорођенче/дојенче на начин као и приликом спуштања на вагу;
– тјеме главице поставити уз фиксни дио дужиномјера, недоминантном руком у предјелу зглоба кољена извршити принудну екстензију (опружање) ногу, а доминантном руком привести дужиномјер до петног дијела ногу и на мјерном обиљежју очитати вриједност ТД у центиметрима (мјерити од тјемена главе до пете);
– вриједност ТД новорођенчета одредити на један од два начина, нпр. понављањем више узастопних мјерења (2–3 пута) и израчунавањем средње вриједности мјерења или понављањем мјерења док се вриједности два мјерења не подударе у ± 0,2 cm;
– подићи новорођенче/дојенче са лежајне површине дужиномјера на начин како се подиже са ваге;
– након мјерења збринути новорођенче/дојенче;
– распремити опрему и адекватно одложити употријебљени материјал;
– скинути маску и опрати руке;
– евидентирати спроведену активност.

3.1.3 Мјерење обима главе новорођенчета/дојенчета

– на претходно дезинфикован сто за преглед бебе / стручњачу ставити целулозну вату (целштоф);
– ставити новорођенче/дојенче у лежећи положај, дјелимично утопљено, са слободном главом;
– поставити почетни дио пластифициране центиметарске траке на 1 cm изнад врха ушне шкољке;
– омотати траку око косматог дијела (у предјелу мале фонтанеле) и преко чеоног дијела главе (слика 1);
– очитати добијену вриједност у cm на мјесту преклапања центиметарске траке са њеним почетком;
– након мјерења збринути новорођенче/дојенче;
– распремити опрему и адекватно одложити употријебљени материјал;
– скинути маску и опрати руке;
– евидентирати спроведену активност.

Слика 1. Мјерење обима главе новорођенчета/дојенчета

Напомена: Резултате мјерења ТМ и ТД евидентирати тако што се на хоризонталној линији (апсциси) означи узраст дјетета, а на вертикалној линији (ординати) тјелесна маса и тјелесна дужина. Добијене вриједности спојити у тачку. Тачке из више мјерења спојити у кривуљу која се пореди са стандардном кривуљом („Перцентилне кривуље за процјену тјелесне масе и тјелесне дужине за дјевојчице и дјечаке од рођења до 24 мјесеца живота" (прилог 1 и 2)).

Резултате мјерења ОГ евидентирати тако што се на хоризонталној линији (апсциси) означи узраст дјетета у мјесецима, а на вертикалној линији (ординати), обим главе дјетета у центиметрима. Добијене вриједности спојити у тачку, тачке из више мјерења спојити у кривуљу која се пореди са стандардном кривуљом („Перцентилне кривуље обима главе за дјевојчице и дјечаке од рођења до 24 мјесеца" (прилог 3 и 4)).

3.2. Мјерење тјелесне масе, тјелесне висине и обима струка дјетета и адолесцента са одређивањем индекса тјелесне масе

Циљ: Осигурати правилно мјерење тјелесне масе, тјелесне висине и обима струка и тачно одређивање индекса тјелесне масе дјетета и адолесцента.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке и ставити маску.

Пацијент

- дијете/адолесцент треба да буде без обуће и у доњем рубљу и у стојећем положају;
- замолити га за сарадњу (у зависности од узраста), те објаснити да треба да мирује током мјерења.

Материјал и опрема

- вага са висиномјером;
- једнократна заштита за вагу;
- папир или целулозна вата (целштоф);
- средство за дезинфекцију;
- пластифицирана центиметарска трака;

3.2.1. Мјерење тјелесне масе дјетета/адолесцента

- провјерити тачност ваге (утег на 0, „пера“ ваге изједначена);
- ставити папир или целулозну вату (целштоф) на вагу;
- помоћи дјетету/адолесценту да стане на вагу (уколико је потребно), поставити га у одговарајући положај, тако што су леђа окренута према висиномјеру, а руке спуштене низ тијело;
- објаснити дјетету/адолесценту да је важно да мирује током мјерења;
- велики утег клизећи помицати до удубљења на скали које представља вјероватну тежину дјетета/адолесцента (распон између удубљења је 10 kg), док се мали утег клизећи помјера (распон између удубљења је 100 g док се „пера“ ваге не изједначе);
- сабрати бројеве са доње и горње скале како би се добила ТМ дјетета. Од добијене вриједности одузети тежину доњег рубља (апроксимативно);
- вратити тегове на „0“.

3.2.2. Мјерење тјелесне висине дјетета/адолесцента

- подићи висиномјер изнад главе дјетета/адолесцента;
- помоћи дјетету/адолеценту да стане уз висиномјер, без обуће, у доњем рубљу;
- позиционирати га тако да су леђа окренута према металној шипки висиномјера, а руке спуштене низ тијело;
- пете, глутеална регија, лопатице и тјеме су у истој равни, при чему наведене тачке додирују висиномјер, док се глава налази у положају Франкфуртске равни (слика 2);
- висиномјер спуштати док не додирне тјеме дјететове главе (антропометријска тачка – *vertex*);
- прочитати вриједност ТВ и изразити је у cm заокружену на једну децималу (нпр. 0,1 cm);

Франкфуртска раван

Слика 2. Мјерење тјелесне висине

- вриједност ТВ дјетета/адолесцента одредити на један од два начина, нпр. понављањем више узастопних мјерења (2–3 пута) и израчунавањем средње вриједности мјерења или понављањем мјерења док се вриједности два мјерења не подударе у ± 0,2 cm;
- збринути дијете;
- распремити опрему и адекватно одложити употријебљени материјал;
- скинути маску и опрати руке;
- евидентирати спроведену активност.

3.2.3. Мјерење обима струка дјетета/адолесцента

- позиционирати дијете/адолесцента у стојећи став, тако да је ослоњен на обје ноге, размака од 25–30 cm, са рукама опуштеним поред тијела;
- пронаћи горњи руб бочне кости (гребен илијачне кости) и доњи руб лука задњег ребра пацијента;
- намјестити пластифицирану центиметарску траку на пола пута између тих тачака, провјерити је ли трака водоравно постављена у односу на подлогу, приљубити уз кожу али не притискати трбух;
- замолити дијете/адолесцента да нормално удахне и издахне 2–3 пута и очитати обим струка у cm на крају издаха;
- збринути дијете/адолесцента;
- распремити опрему и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.2.4. Одређивање индекса тјелесне масе за дјецу и адолесценте

- ИТМ се израчунава тако да се вриједност ТМ, добијене мјерењем, а изражене у килограмима, подијели са квадратом ТВ изражене у метрима (kg/m2 = тјелесна маса (kg) / тјелесна висина (m)2);
- бројчану вриједност (резултат израчунавања) ИТМ евидентирати тако што на хоризонталној линији (апсциси) означимо узраст дјетета у годинама, а на вертикалној линији (ординати) ИТМ у kg/m2.. Добијене вриједности спојити у тачку. Тачке из више мјерења спојити у кривуљу која се пореди са стандардном кривуљом („Перцентилне кривуље индекса тјелесне масе за дјецу и адолесценте женског и мушког пола од 2. до 20. године“ (прилог 7, 8));
- добијену вриједност изразити у перцентилима из одговарајућег графикона за доб и пол и упоредити је са вриједностима у табели 1.

Табела 1. Распон перцентила ИТМ за утврђивање стања ухрањености код дјеце (Center for disease control and prevention)

Категорија статуса тежине	Распон перцентила ИТМ
Потхрањеност	Мање од 5. перцентила
Нормална тјелесна маса	Између 5. перцентила и мање од 85. перцентила
Прекомјерна тјелесна маса	Између 85. перцентила и мање од 95. перцентила
Гојазност/претилост	Једнако или веће од 95. перцентила

Напомена: Резултати мјерења евидентирају се тако што се на хоризонталној линији (апсциси) означи узраст дјетета, а на вертикалној линији (ординати) тјелесна маса и тјелесна висина. Добијене вриједности спојити у тачку. Тачке из више мјерења спојити у кривуљу која се пореди са стандардном кривуљом („Перцентилне кривуље тјелесне масе и тјелесне висине за дјецу и адолесценте женског и мушког пола од 2. до 20. године“ (прилог 5, 6)).

4 ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1 Прилози

Прилог 1. Перцентилне кривуље за процјену тјелесне масе и тјелесне дужине за дјевојчице од рођења до 24 мјесеца живота

Прилог 2. Перцентилне кривуље за процјену тјелесне масе и тјелесне дужине за дјечаке од рођења до 24 мјесеца живота

Прилог 3. Перцентилне кривуље за процјену обима главе за дјевојчице од рођења до 24 мјесеца живота

Прилог 4. Перцентилне кривуље за процјену обима главе за дјечаке од рођења до 24 мјесеца живота

Прилог 5. Перцентилне кривуље тјелесне тежине и тјелесне висине за дјецу и адолесценте женског пола од 2. до 20. године

Прилог 6. Перцентилне кривуље тјелесне тежине и тјелесне висине за дјецу и адолесценте мушког пола од 2. до 20. године

Прилог 7. Перцентилне кривуље индекса тјелесне масе за дјецу и адолесценте женског пола од 2. до 20. године

Прилог 8. Перцентилне кривуље индекса тјелесне масе за дјецу и адолесценте мушког пола од 2. до 20. године

4.2 Обрасци

Нема.

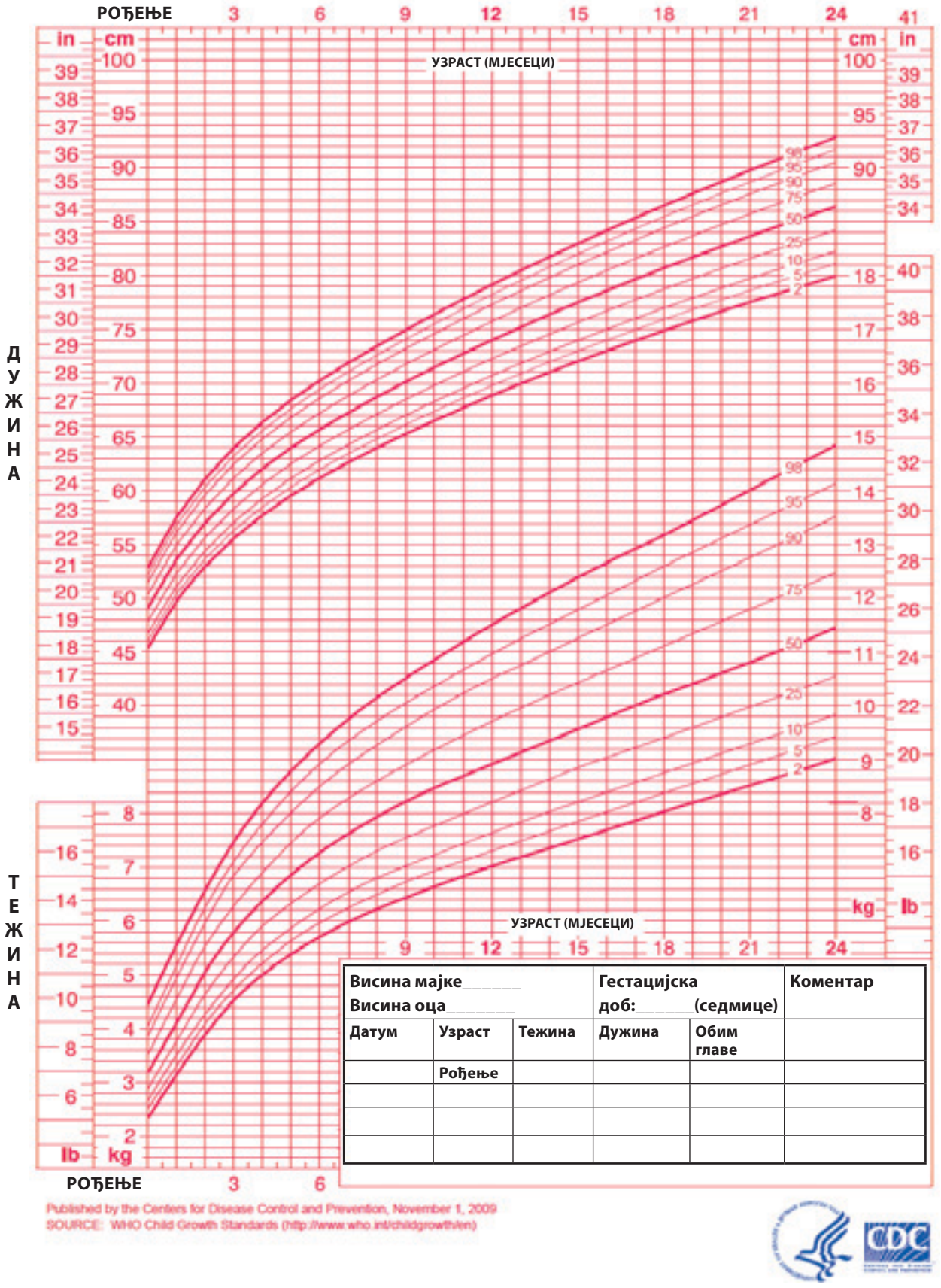
Прилог 1. Перцентилне кривуље за процјену тјелесне масе и тјелесне дужине за дјевојчице од рођења до 24 мјесеца живота

Од рођења до 24 мјесеца: Дјевојчице

Перцентили за процјену тјелесне дужине и масе у односу на старосну доб

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ

Евиденцијски број



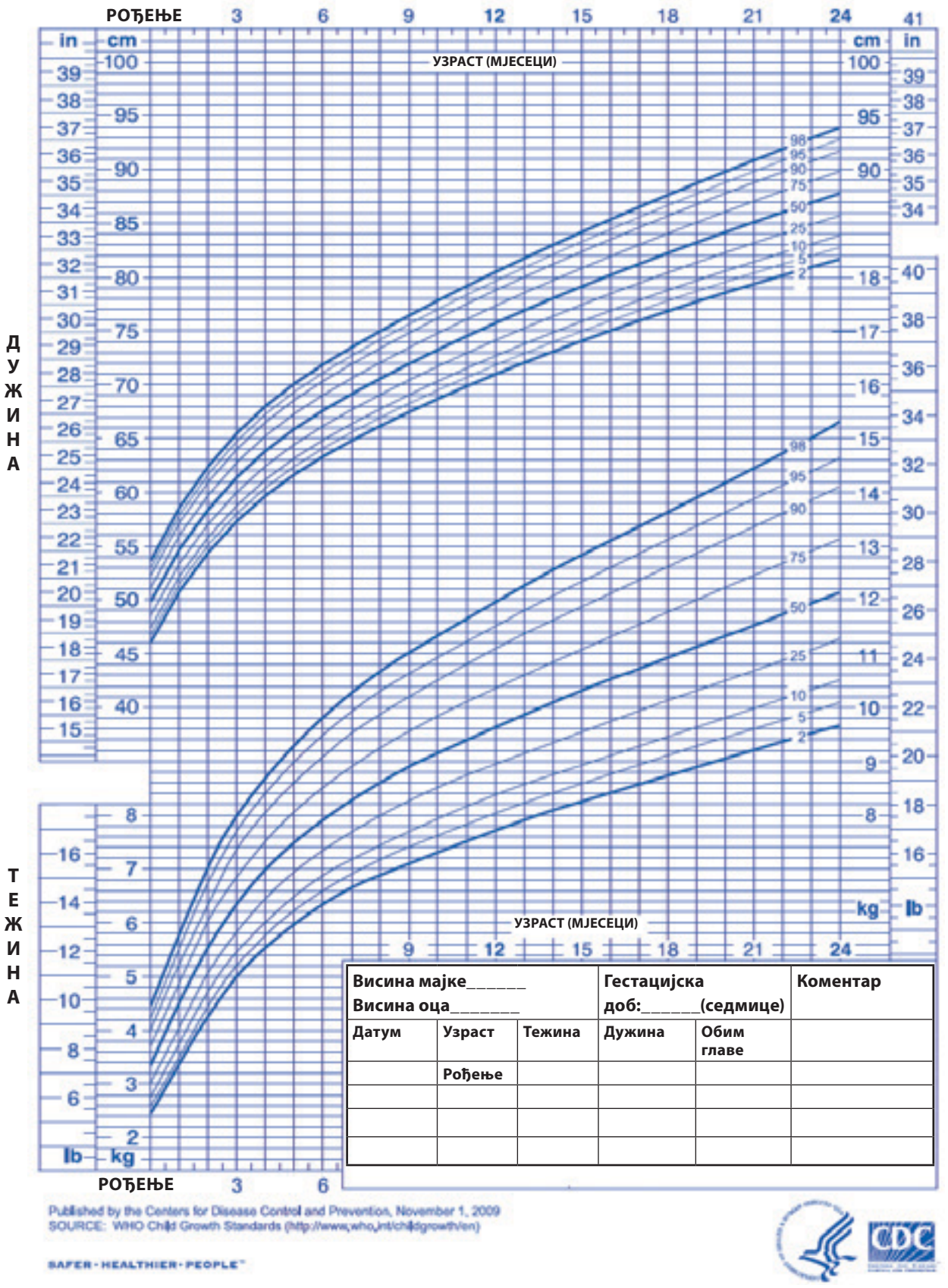
Висина мајке_____ Висина оца_____			Гестацијска доб:_____(седмице)		Коментар
Датум	**Узраст**	**Тежина**	**Дужина**	**Обим главе**	
	Рођење				

Прилог 2. Перцентилне кривуље за процјену тјелесне масе и тјелесне дужине за дјечаке од рођења до 24 мјесеца живота

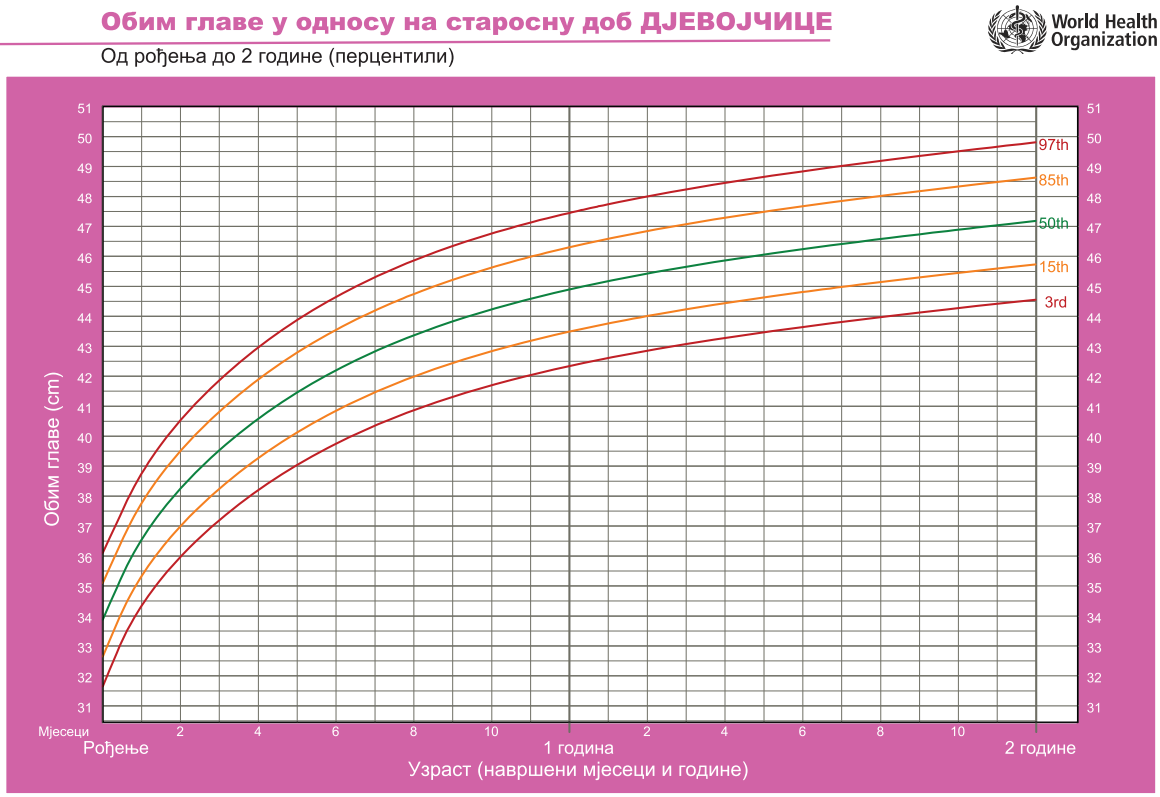
Од рођења до 24 мјесеца: Дјечаци

Перцентили за процјену тјелесне дужине и масе у односу на старосну доб

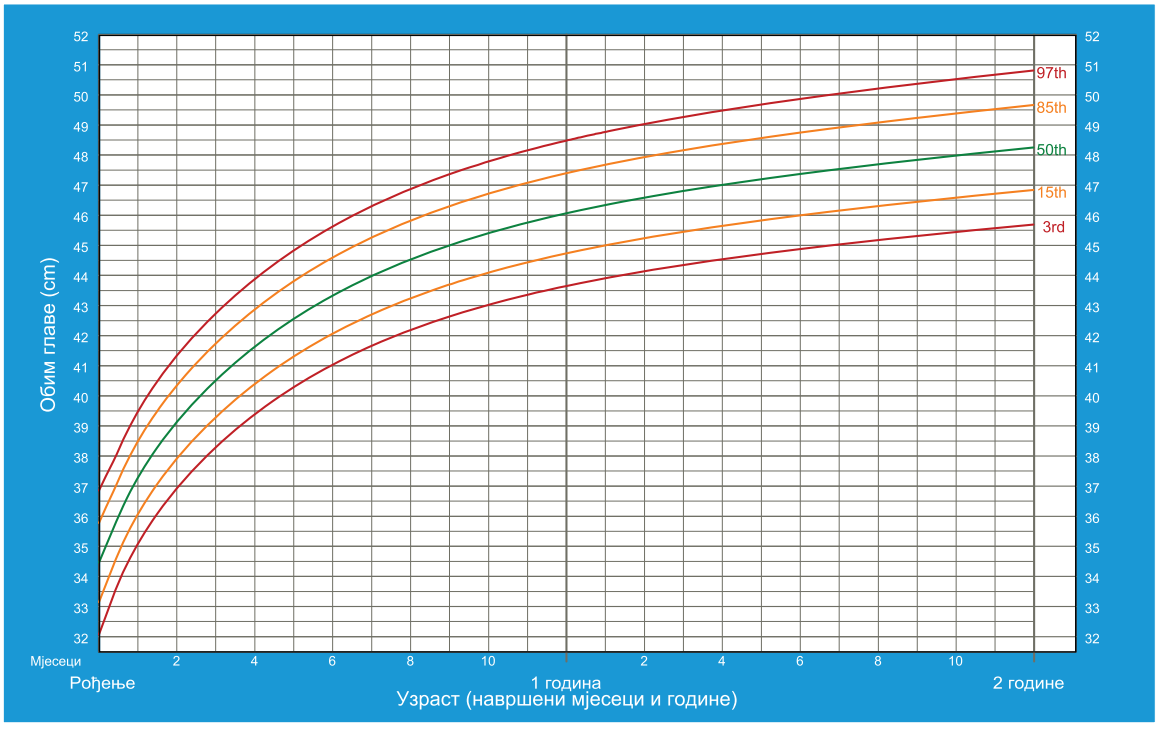
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ
Евиденцијски број



Прилог 3. Перцентилне кривуље за процјену обима главе за дјевојчице од рођења до 24 мјесеца живота



Прилог 4. Перцентилне кривуље за процјену обима главе за дјечаке од рођења до 24 мјесеца



Прилог 5. Перцентилне кривуље тјелесне тежине и тјелесне висине за дјецу и адолесценте женског пола од 2. до 20. године

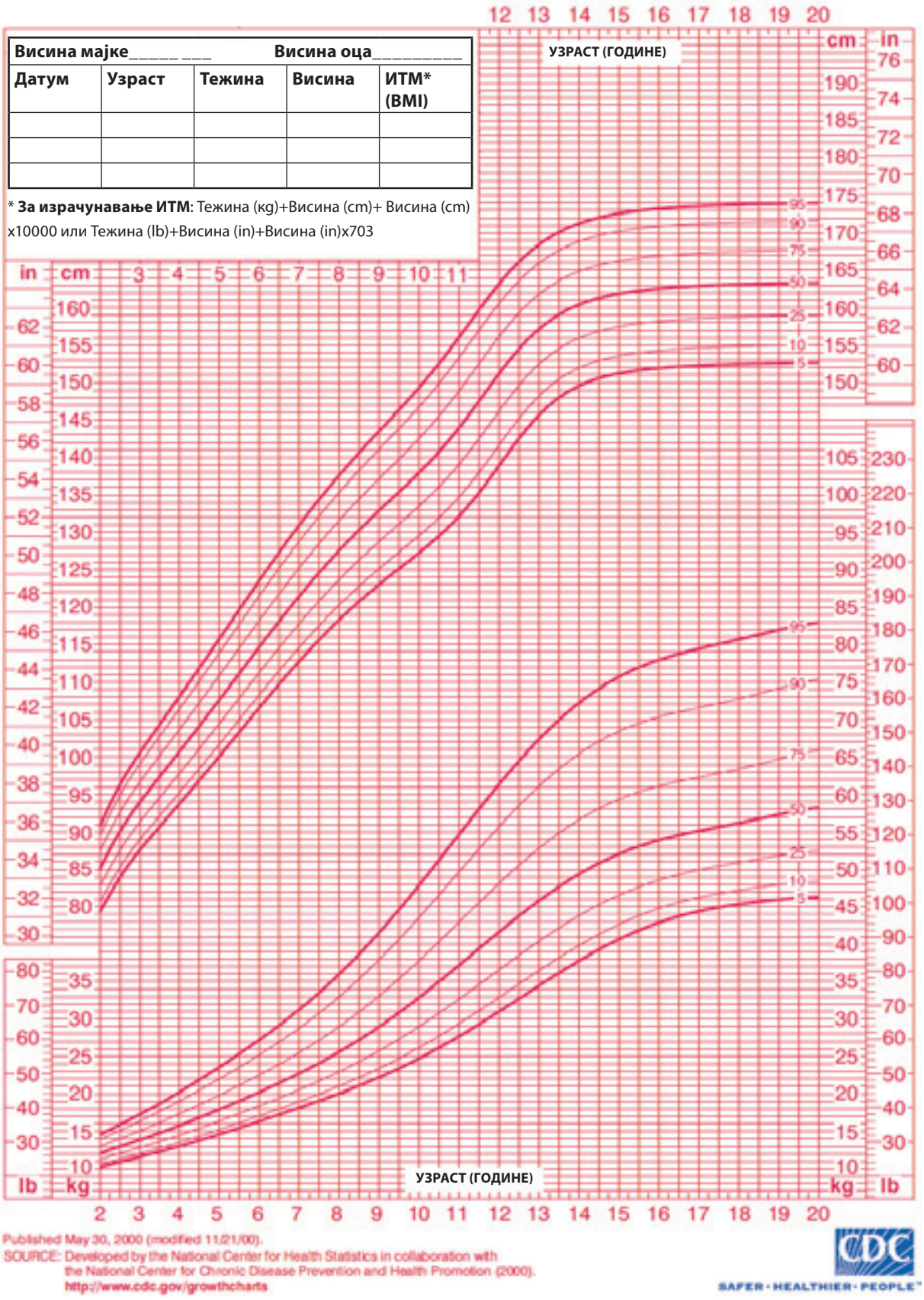
Од 2 до до 20 година: ДЈЕВОЈЧИЦЕ

Перцентили тјелесне висине и тежине у односу на старосну доб

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ
Евиденцијски број

Висина мајке_____ ___			Висина оца_____	
Датум	**Узраст**	**Тежина**	**Висина**	**ИТМ* (BMI)**

* **За израчунавање ИТМ**: Тежина (kg)+Висина (cm)+ Висина (cm) x10000 или Тежина (lb)+Висина (in)+Висина (in)x703



Прилог 6. Перцентилне кривуље тјелесне тежине и тјелесне висине за дјецу и адолесценте мушког пола од 2. до 20. године

Од 2 до до 20 година: ДЈЕЧАЦИ

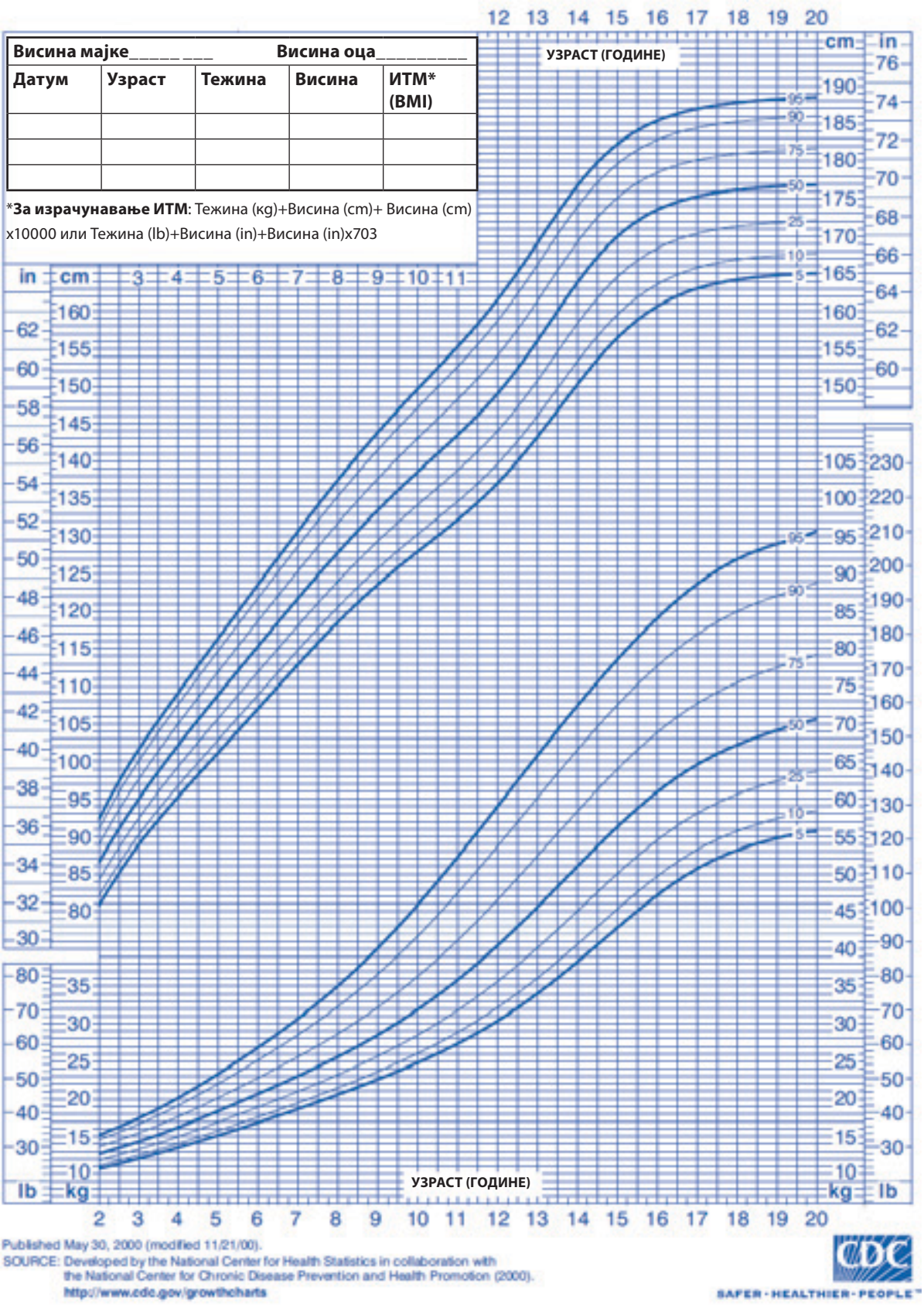
Перцентили тјелесне висине и тежине у односу на старосну доб

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ

Евиденцијски број

Висина мајке_____ ___			Висина оца_____	
Датум	**Узраст**	**Тежина**	**Висина**	**ИТМ* (BMI)**

***За израчунавање ИТМ**: Тежина (kg)+Висина (cm)+ Висина (cm) x10000 или Тежина (lb)+Висина (in)+Висина (in)x703



Прилог 7. Перцентилне кривуље индекса тјелесне масе за дјецу и адолесценте женског пола од 2. до 20. године

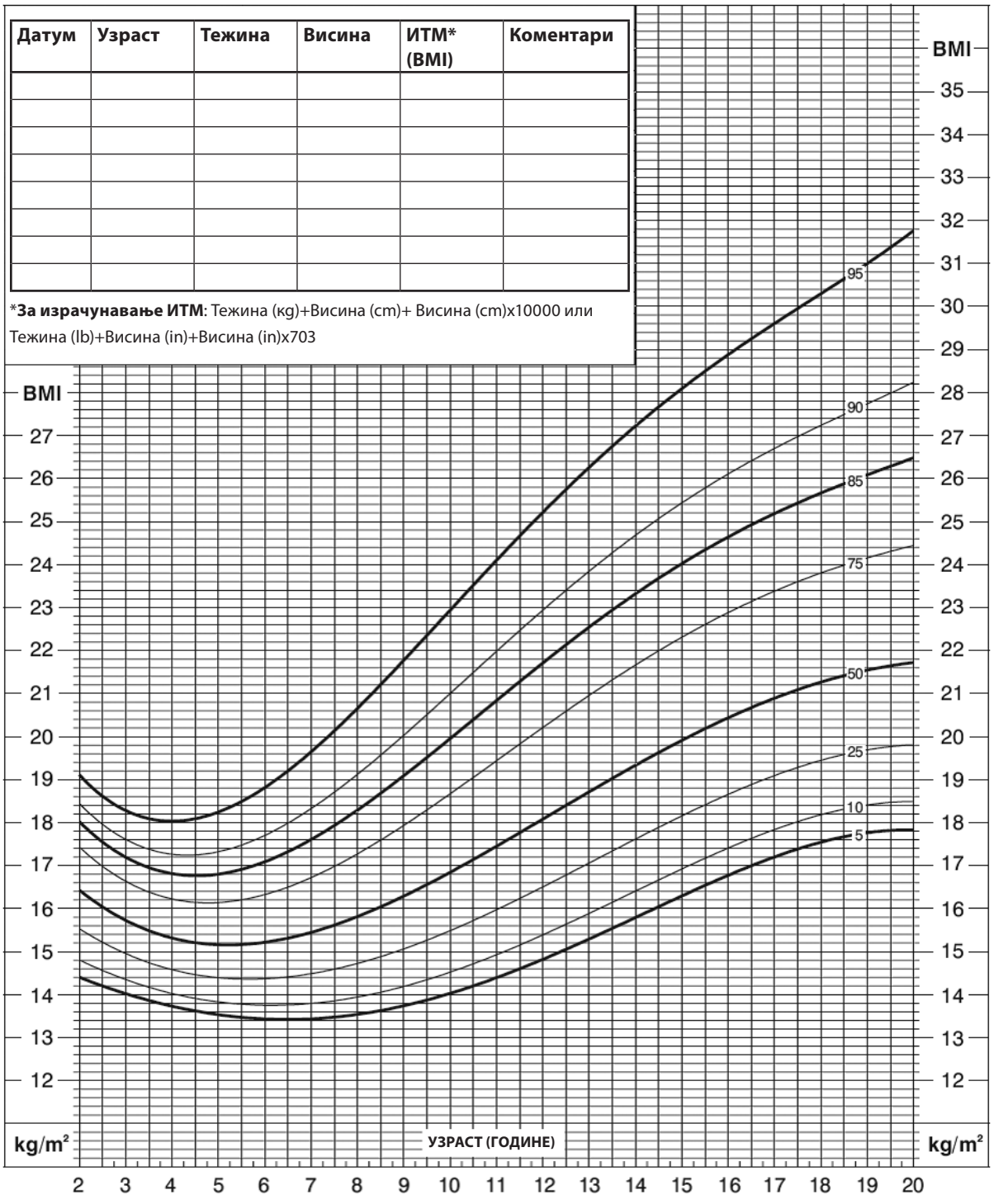
Од 2 до до 20 година: ДЈЕВОЈЧИЦЕ

Перцентили идекса тјелесне тежине у односу на узраст

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ
Евиденцијски број

Датум	Узраст	Тежина	Висина	ИТМ* (BMI)	Коментари

*__За израчунавање ИТМ__: Тежина (kg)+Висина (cm)+ Висина (cm)x10000 или Тежина (lb)+Висина (in)+Висина (in)x703



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

SAFER · HEALTHIER · PEOPLE™

Прилог 8. Перцентилне кривуље индекса тјелесне масе за дјецу и адолесценте мушког пола од 2. до 20. године

Од 2 до до 20 година: ДЈЕЧАЦИ

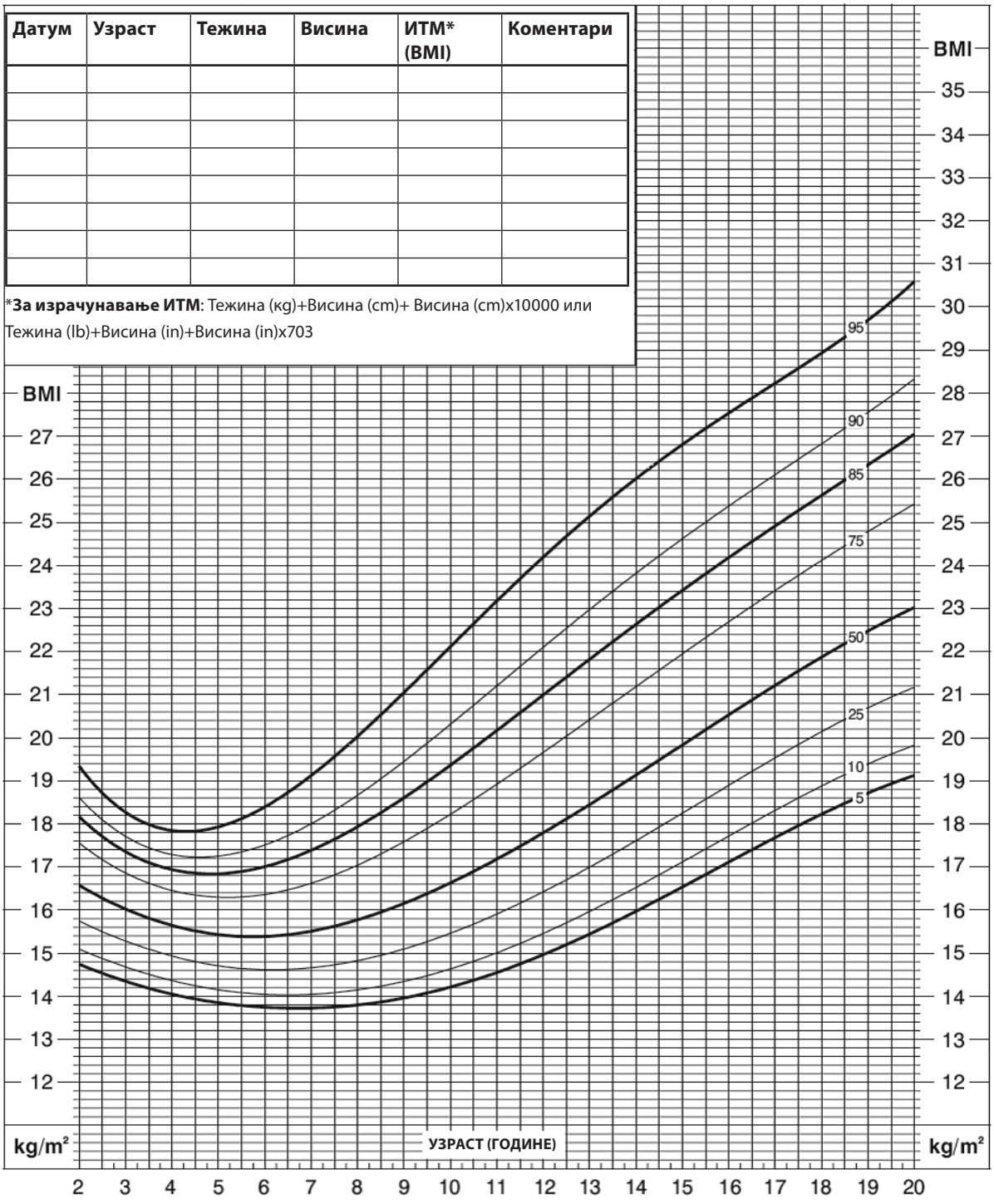
Перцентили идекса тјелесне тежине у односу на узраст

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ

Евиденцијски број

Датум	Узраст	Тежина	Висина	ИТМ* (BMI)	Коментари

*__За израчунавање ИТМ__: Тежина (kg)+Висина (cm)+ Висина (cm)x10000 или Тежина (lb)+Висина (in)+Висина (in)x703



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

CDC
SAFER · HEALTHIER · PEOPLE™

2 АНТРОПОМЕТРИЈСКА МЈЕРЕЊА У ОДРАСЛОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

1 ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинских сестара– техничара код антропометријских мјерења у одраслој популацији.

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Нема.

2 ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1 Термини

Мјерење тјелесне масе – поступак одређивања тјелесне масе особе уз помоћу ваге.

Мјерење тјелесне висине – поступак којим се утврђује уздужна димензија особе, од стопала до тјемена.

Франкфуртска раван – поглед право према напријед тако да је доња ивица орбите у истој спољашњој равни са спољашњим ушним каналом.

Обим струка – сматра се најпрактичнијом мјером масног ткива у подручју трбуха.

Индекс тјелесне масе (*Body Mass Index* – BMI) – антропометријски индекс ухрањености изражен као однос тјелесне тежине у килограмима и квадрата тјелесне висине изражене у метрима (BMI = kg/m2).

2.2 Скраћенице

ТМ – тјелесна маса.

ТВ – тјелесна висина.

БМИ – индекс тјелесне масе.

3. Опис поступка

Мјере предострожности

- поступак спровести на претходно баждареној и калибрисаној мјерној опреми;
- водити рачуна о сигурности пацијената;
- мјерење обављати ујутро, ако је могуће прије оброка, након микције и дефекације, у лаганој одјећи без обуће;
- уколико је примјењиво, упоредити претходне вриједности са новим мјерењима;
- просторија у којој се врши мјерење треба да буде свијетла, прозрачна и топла.

3.1. Мјерење тјелесне масе, висине и обима струка одраслој популацији са одређивањем индекса тјелесне масе

Циљ: осигурати правилно мјерење тјелесне масе, висине, обима струка.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

– опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

– идентификовати пацијента;
– информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
– замолити пацијента да скине већи дио одјеће и да извади све из џепова (нпр. мобилни, новчаник и др.).

Материјал и опрема

– вага са висиномјером;
– папир или целулозна вата (целштоф);
– нерастегљива пластифицирана центиметарска трака.

3.1.1. Мјерење ТМ одраслих

– провјерити тачност ваге (утег на 0, „пера" ваге изједначена);
– ставити папир или целулозну вату (целштоф) на вагу;
– замолити пацијента да изује обућу и стане на вагу (уколико је потребно помоћи пацијенту);
– пацијент стаје на вагу леђима окренут према висиномјеру, са рукама спуштеним низ тијело;
– упозорити пацијента на важност мировања током мјерења;
– тјелесна маса се мјери на начин да се велики утег клизећи помакне до удубљења на скали које представља вјероватну ТМ пацијента (распон између удубљења је 10 kg) док се мали утег клизећи помјера (распон између удубљења је 100 g), док се „пера" ваге не изједначе;
– сабрати бројеве са доње и горње скале те одбити апроксимативну тежину одјеће на тијелу пацијента како би се добила ТМ пацијента;
– вратити тегове на „0";

3.1.2. Мјерење ТВ одраслих

– подићи висиномјер изнад главе пацијента;
– позиционирати пацијента тако да су леђа окренута према металној шипки висиномјера, а руке спуштене низ тијело, тјеме, лопатице, глутеална регија и пете треба да буду у истој равни, при чему глутеална регија, лопатице и тјеме додирују висиномјер. Глава се налази у положају Франкфуртске равни;
– висиномјер спуштати док не додирне тјеме главе (антропометријска тачка – vertex);
– прочитати вриједност ТВ и изразити је у cm, заокружену на једну децималу (0,1 cm);
– уколико је потребно, помоћи пацијенту да сиђе са ваге, обуче се и обује;
– распремити и адекватно одложити коришћени материјал;

– скинути маску и опрати руке;
– евидентирати спроведени поступак.

3.1.3. Одређивање индекса тјелесне масе

– израчунавањем односа између ТМ изражене у kg и квадрата ТВ изражене у метрима BMI = kg/m^2;
– израчунавањем на основу вриједности помоћу таблице (прилог 1);
– евидентирати израчунату вриједност.

3.1.4. Мјерење обима струка

– пацијента поставити у вертикалан положај ослоњеног на оба стопала која су благо отклоњена (размак међу ногама 25–30 cm) и рукама опуштеним поред тијела;
– на средини између илијачног гребена и доње границе ребарног лука поставља се нерастегљива пластифицирана центиметарска трака;
– провјерити да ли је трака водоравно постављена у односу на подлогу и приљубљена уз кожу тијела без додатног затезања;
– замолити пацијента да нормално удахне и издахне 2–3 пута и у фази трећег експиријума очитати обим струка у cm;
– распремити и адекватно одложити коришћени материјал и опрему;
– скинути маску и опрати руке;
– евидентирати спроведени поступак.

Напомена: препорука је да медицинска сестра – техничар сједи испред пацијента (тачка мјерења у висини очију).

4 ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1 Прилози

Прилог 1. Таблица за одређивање BMI

Прилог 2. Класификација степена ухрањености, вриједности обима струка и процјена степена ризика за настанак кардиоваскуларних болести према препорукама Свјетске здравствене организације

4.2 Обрасци

Нема.

Прилог 1. Таблица са израчунатим вриједностима BMI

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

Прилог 2. Класификација степена ухрањености, вриједности обима струка и процјена степена ризика за развој кардиоваскуларних болести (КВБ) према препорукама Свјетске здравствене организације

Класификација степена ухрањености	**BMI (kg/m2) Гранична референтна вриједност**	**Обим струка**	**Ризик за КВБ**
Потхрањеност	< 18,50		
Нормална ухрањеност	18,50 – 24,99	< 94 cm ♂ < 80 cm ♀	Просјечан
Прекомјерна тјелесна маса	≥ 25	94–102 cm ♂ 80–88 cm ♀	Повишен
Предгојазност	25 – 29,99	≥ 102 cm ♂ ≥ 88 cm ♀	Умјерено повишен
Гојазност	≥ 30		Висок – вишеструко повишен

3 МЈЕРЕЊЕ ВИТАЛНИХ ФУНКЦИЈА

1 ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинских сестара – техничара приликом поступака мјерења виталних функција пацијента.

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Витални знаци (lat. *signa vitae*) – одражавају физиолошко стање организма и обезбјеђују информације од кључног значаја за процјену хомеостазе организма. Витални знаци укључују мјерење: температуре, пулса, дисања и артеријског крвног притиска.

Мјерење тјелесне температуре – поступак којим се утврђује степен загријаности организма.

Мјерење пулса палпацијом на артерији – поступак којим се током 60 секунди мјери фреквенција, ритам, пуњеност пулса и процјењује еластицитет крвног суда.

Мјерење дисања – поступак којим се утврђује фреквенција, дубина, ритам, трајање и звук појединих фаза дисања.

Мјерење крвног притиска – поступак којим се утврђује вриједност систолног и дијастолног крвног притиска.

Коротковљеви тонови – тонови који се чују над *a. Brachialis* (антекубитални простор) имају 5 фаза и на основу њих се утврђује тачна вриједност крвног притиска.

Пулсна оксиметрија – поступак којим се утврђује засићеност хемоглобина кисеоником у артеријској крви и фреквенција пулса. Поред четири витална знака, показало се да процјена пулсне оксиметрије има значајну улогу у разјашњавању физиолошких функција пацијента, што би понекад било нејасно провјером само виталних знакова.

2.2. Скраћенице

ТТ – тјелесна температура.

ТА – *tensio aretierialis* (артеријски крвни притисак).

SKP – систолни крвни притисак.

DKP – дијастолни крвни притисак.

SpO_2 – сатурација артеријске крви кисеоником.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Мјерењем и евидентирањем виталних функција прикупљамо објективне податке о стању пацијента (оно што медицинска сестра – техничар може посматрати, осјетити, чути или измјерити).

3.1. Мјерење тјелесне температуре

Циљ: утврдити степен загријаности тијела пацијента.

3.1.1. Аксиларно мјерење тјелесне температуре

Мјере предострожности

- доба дана, менструални циклус, трудноћа, животна доб, услови околине, појачана физичка активност и емоционално стање могу довести до физиолошког повећања ТТ;
- контраиндикације аксиларног мјерења ТТ су: упални процес у аксиларној јами, веома мршаве особе, гипсана имобилизација;
- промјене вриједности једног виталног знака често доводе до промјене вриједности других виталних знакова (повећање ТТ за 1° доводи до убрзања пулса за 8–10 откуцаја, а број респирација за 4–5/мин.).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- припремити и поставити пацијента у адекватан положај.

Материјал и опрема

- топломјер (алкохолни/дигитални);
- сат;
- посуда за одлагање коришћеног топломјера;
- дезинфекционо средство;
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- једнократни убруси;
- тупфери;
- бубрежњак.

Поступак

- представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- посушити аксиларну јаму једнократним убрусом;
- ставити врх топломјера у централни дио аксиле. Пацијенту објаснити да се прихвати руком за супротно раме, ако не може, руку придржава медицинска сестра – техничар;
- мјерити ТТ (3–5 минута);
- коришћени топломјер ставити у посуду за одлагање;
- након мјерења збринути пацијента;

- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- у случају одступања од нормалних вриједности обавијестити доктора медицине (табела 1).

3.1.2. Ректално мјерење тјелесне температуре

Мјере предострожности

- контраиндикације ректалног мјерења ТТ су: упални процеси у ректуму, дијареја, скоро урађене ректалне операције, операције простате, повреде ректума и агитираност пацијента.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- осигурати приватност постављањем паравана или затварањем врата собе;
- поставити пацијента у адекватан положај (савијене ноге у колењима, открити само аналну регију).

Материјал и опрема

- топломјер (алкохолни/дигитални);
- сат;
- посуда за одлагање топломјера;
- лубрикантно средство;
- дезинфекционо средство;
- благи сапун;
- два пара рукавица за једнократну употребу;
- једнократни убруси;
- тупфери;
- бубрежњак.

Поступак

- представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- обезбиједити приватност пацијенту;
- замолити пацијента да се опусти;
- поставити пацијента у лежећи положај на бок са ногама савијеним у колењима;
- анални отвор обрисати тупфером натопљеним благим сапуном а потом посушити чистим тупферима;
- на врх топломјера нанијети лубрикант;
- недоминантном руком размакнути глутеус, пажљиво и лагано увести топломјер код новорођенчади 1,5 cm, малој дјеци 2,5 cm, одраслима 3,5 cm;

– мјерити ТТ (3–5 мин. са алкохолним топломјером), а уколико користимо дигитални, до појаве звучног сигнала (према упутству произвођача);
– пажљиво извадити топломјер, очистити од фекалних маса и очитати вриједност;
– након мјерења збринути пацијента;
– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– у случају одступања од нормалних вриједности обавијестити доктора медицине (табела 1).

Табела 1. Вриједности ТТ према мјесту мјерења и степену повишености

Мјесто мјерења	Тјелесна температура			
	Нормална**	Повишена		
		Супфебрилна	фебрилна	високофебрилна
Кожа (аксиларно)	36.0 – 36.9° C	37.0 – 37.9° C	38.0 – 38.9° C	39° C и више
Слузокожа/слузница (уста, ректум, ухо)	0.5 – 1.0° C*			

* Виша од вриједности мјерене на кожи; ** Јутарња ТТ је за око 0.3° C нижа од вечерње

3.2. Мјерење пулса

При мјерењу пулса палпацијом, процјењује се фреквенција, ритам и пуноћа пулса.

Фреквенција пулса означава број откуцаја у једној минути.

Ритам пулса означава временски размак између пулсација (*pulsus regularis*). Свако одступање од једнакотрајних пауза између два пара пулсација представља аритмију.

Пуноћом пулса одређујемо снагу срчане контракције, те еластицитет крвног суда (тврд, јако пуњен – не може се потиснути јаким притиском на артерију, филиформан – слабо пуњен, тешко се палпира, напет пулс – артерије које се палпирају тврде су и нееластичне, без пулса – пулс се не осјећа ни пажљивом палпацијом).

Циљ: утврдити фреквенцију, ритам и пуноћу пулса код пацијента.

3.2.1. Мјерење пулса палпацијом

Мјере предострожности

– појачана физичка активност, старосна доб, пол и емоционално стање могу довести до физиолошког убрзања пулса.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

– опрати руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

– припремити и намјестити пацијента у адекватан положај.

Материјал и опрема

– штоперица, сат са секундаром или дигитални сат.

Поступак

– представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
– палпацијом пронаћи пулсације на одговарајућој артерији код пацијента;
– пулс мјерити јагодицама другог, трећег и четвртог прста лаганим притиском на артерију током 60 секунди (код аритмија мјерити 120 секунди, а према процјени и дуже);
– проценити фреквенцију, ритам и пуноћу пулса;
– послије мјерења збринути пацијента;
– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– у случају одступања од нормалних вриједности, обавијестити доктора медицине (табела 2 и 3).

Напомена: резултате мјерења фреквенције пулса уписати у бројчаној вриједности, а остале карактеристике пулса описати.

Табела 2. Вриједности брзине пулса код одраслих особа

Брзина пулса одраслих особа	**Број откуцаја / минут**
Нормална брзина пулса	60 – 100
Тахикардија – убрзан пулс	више од 100
Брадикардија – успорен пулс	мање од 60

Табела 3. Вриједности брзине пулса у педијатријској популацији у односу на доб

Добне групе	**Нормалан број откуцаја / минут / будно стање**
Новорођенче	100–205
Дојенче	100–190
Мало дијете	98–140
Предшколска доб	80–120
Школска доб	75–118
Адолесценција	60–100

3.3. Мјерење дисања

Код процјене дисања, одређује се брзина дисања или фреквенција, дубина дисања, ритам дисања, звук, затим боја коже пацијента, коришћење помоћне дисајне мускулатуре или појава парадоксалног дисања.

Брзина дисања или фреквенција одређена је бројем циклуса, са удисајем и издисајем који чине један циклус у минути (нормална фреквенција – еупнеа, убрзана – тахипнеа, успорена – брадипнеа, престанак дисања – апнеа).

Дубина дисања као запремина ваздуха који се сваком респирацијом удахне и издахне (симетрично, дубоко – хиперпнеа, плитко – хипопнеа).

Ритам дисања као редовност ових циклуса (правилан или неправилан).

Звук дисања као разлика у квалитету звука у односу на нормално дисање без напора (присуство звучног феномена у издисају – *wheezing*, присуство звучног феномена при удисају – стридор, суви, влажни и шкрипави звук).

Циљ: утврдити фреквенцију, дубину, ритам и звук дисања код пацијената**.**

3.3.1 Мјерење дисања аускултацијом / методом гледам, слушам, осјећам

Мјере предострожности

- до физиолошког повећања броја респирација може довести појачана физичка активност и емоционално стање пацијента.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- намјестити пацијента у адекватан положај и ослободити предио грудног коша.

Материјал и опрема

- сат са секундаром, штоперица;
- слушалице;
- дезинфекционо средство;
- тупфери вате;
- параван, према потреби.

Поступак

- представити се, идентификовати пацијента, допустити питања;
- омогућити приватност пацијента;
- објаснити пацијенту да спонтано дише;
- поставити слушалице на грудни кош;
- мјерити фреквенцију у трајању од 60 секунди;
- пратити дубину, ритам и звук дисања, посматрати покрете грудног коша и помоћне дисајне мускулатуре;
- мјерење изводити по принципу „гледај – слушај – осјети“;
- након мјерења збринути пацијента;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- у случају одступања од нормалних вриједности, обавијестити доктора медицине (табела 4 и 5).

Табела 4. Вриједности брзине дисања код одраслих особа

Брзина дисања код одраслих особа	Број респирација / минут
Нормална брзина дисања у мировању – еупнеа	12–20
За особе > 65	12–25
За особе > 80	10–30
Успорено дисање – брадипнеа	< 12
Убрзано дисање – тахипнеа	> 20

Табела 5. Вриједности брзине дисања у педијатријској популацији у односу на доб

Добне групе	Нормалан број респирација / минут
Дојенче	30–53
Мало дијете	22–37
Предшколско дијете	20–28
Школско дијете	18–25
Адолесценција	12–20

3.4. Мјерење артеријског крвног притиска

Индиректно се мјери сфингмоманометром, односно тлакомјером. Изражава се у милиметрима живе (mmHg).

Циљ: утврдити вриједност артеријског крвног притиска код пацијента.

3.4.1 Мјерење артеријског крвног притиска аускултацијском методом

Мјере предострожности

- до повећања нормалних вриједности ТА може довести старосна доб, пол, емоционално стање, појачана физичка активност, непосредно конзумирање хране, кофеинских напитака и никотинских производа, пун мокраћни мјехур, неодговарајућа величина манжетне, разговор са пацијентом и прекрштене ноге током мјерења;
- нормалне варијације вриједности мјерења између руку износе око 10 mmHg;
- за већину адултних пацијената користити стандардну манжетну 12–13 cm широку и 35 cm дугу, а за дјецу прилагодити узрасту.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- пацијент треба да сједи најмање 5 минута у мирном окружењу, без разговора или кретања прије мјерења ТА;
- припремити и смјестити пацијента у адекватан положај и замолити га да се опусти лежећи или сједећи на столици, наслоњен на леђа, са ногама положеним на под.

Материјал и опрема

- апарат за мјерење притиска;
- стетоскоп;
- дезинфекционо средство;
- тупфери.

Поступак

- представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- ослободити руку пацијента;
- поставити руку пацијента у одговарајући положај (рука је благо савијена са длaном окренутим нагоре у нивоу срца);
- испразнити манжетну од ваздуха;
- палпирати *a. Brachialis* (у антекубиталном простору – жлијеб између мишића бицепса и трицепса, у завоју лакта) и 2,5 cm изнад мјеста палпације поставити одговарајућу величину манжетне равномјерно и чврсто приљубљену уз надлактицу (уложиву за врх прста), тако да прекрива двије трећине надлактице,
- цријева за довод ваздуха леже слободна (не смију бити савијена);
- поставити стетоскоп преко палпираног пулса на *a. Brachialis*;
- напумпати манжетну за око 30 mmHg стуба више од очекиване вриједности ТА;
- отворити вентил и лагано испуштати ваздух (2–3 mmHg);
- у процесу мјерења ТА региструју се Коротковљеви тонови (I–V фаза); откуцаји у двије фазе: систолна (I фаза) и дијастолна (V фаза);
- систолна фаза представља вриједност ТА регистровану у тренутку кад се први пут чује Коротковљев тон, очитати притисак (у mmHg) на манометру у тачки у којој се то догоди;
- дијастолна фаза представља вриједност ТА регистровану у тренутку када се чује посљедњи Коротковљев тон, очитати притисак (у mmHg) на манометру у тачки у којој се то догоди;
- испустити остатак ваздуха из манжетне и склонити је с руке;
- уколико се ради о првој посјети пацијента, ТА мјерити на обје руке, те евидентирати вриједност која је виша;
- након мјерења збринути пацијента;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- у случају одступања од нормалних вриједности, обавијестити доктора медицине (табела 6).

Табела 6. Вриједности артеријског крвног притиска за одрасле особе

Артеријски крвни притисак			
Горња граница	**Повишен**		
	Степен 1	**Степен 2**	**Степен 3**
SKP 130–139 **DKP 85–89**	**SKP 140–159** **DKP 90–99**	**SKP 160–179** **DKP 100–109**	**SKP ≥ 180** **DKP ≥110**

3.5. Пулсна оксиметрија

Сатурација артеријске крви кисеоником означава се са SpO2 а изражава се у постоцима и мјери пулсним оксиметром (најчешће кажипрст, ресица ушне шкољке, палац на нози).

Циљ: утврдити ниво засићености артеријске крви кисеоником заједно са пулсом.

3.5.1. Мјерење сатурације кисеоника (пулсна оксиметрија)

Мјере предострожности

- стања у којима је присутна лоша перфузија, укључујући хипотензију, вазоконстрикцију и хипотермију и пигментације коже, могу ометати рад сензора пулсног оксиметра;
- код пацијената са тремором или лакираним/умјетним ноктима, поставити сензор на уво;

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и навући рукавице.

Пацијент

- објаснити процедуру пацијенту очуване свијести;
- пацијента поставити у адекватан положај.

Материјал и опрема

- пулсни оксиметар;
- тупфери вате;
- дезинфекционо средство.

Поступак

- представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- замолити пацијента да мирује током мјерења;
- одабрати дио тијела са задовољавајућом перфузијом ткива (кажипрст, прст на нози, ресица уха);
- прије постављања сензора, мјесто на којем се врши мјерење мора бити чисто и сухо;
- провјерити пулс проксимално од изабраног мјеста;
- уколико се прије мјерења изабере прст на руци (без лака / умјетних ноктију), руку поставити у висини срца;
- употријебити тупфер с алкохолом и очистити мјесто постављања сензора;
- уколико се прије мјерења изабере ресица уха, потребно ју је алкохолним тупфером измасирати 10–20 секунди, ставити сензор и успоставити добар контакт;
- поставити сензор пулсног оксиметра на одабрано мјесто;
- укључити пулсни оксиметар, сачекати да апарат изврши мјерење;
- очитати вриједности Sp02 у процентима и фреквенцију пулса на дисплеју апарата;
- скинути пулсни оксиметар са одабраног мјеста мјерења;
- након мјерења збринути пацијента;

- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- у случају одступања од нормалних вриједности, обавијестити доктора медицине.

Напомена: Нормалне вриједности SpO_2 крећу се у распону од око 96% до 100%. Вриједност SpO_2 мања од 90% сматра се хипоксијом (смањен ниво кисеоника у ткиву).

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

4 МЈЕРЕЊЕ ГЛУКОЗЕ ИЗ КАПИЛАРНЕ КРВИ

1 ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинских сестара – техничара код мјерења глукозе из капиларне крви (ГУК) електронским апаратом (глукометар).

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Ова процедура се не односи на узорковање капиларне крви која ће се анализирати у лабораторији.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

ГУК – глукоза у крви.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити прецизно мјерење глукозе из капиларне крви глукометром.

Мјере предострожности

- прије употребе глукометра поштовати препоруке произвођача;
- не притискати јагодицу прста да би се добио одговарајући узорак за анализу;
- најчешћа мјеста за узимање капиларне крви су јагодице трећег и четвртог прста шаке, ресица уха и пета (код новорођенчади и мале дјеце) (слика 1);
- мијењати прсте при новом мјерењу;

- дужина ланцете зависи од дубине убода и о томе ради ли се о дјетету или одраслој особи;
- траке и апарат чувати у складу са препорукама произвођача;
- капиларно узорковање се не препоручује код дехидрираних и едематозних болесника, као и код болесника с лошом циркулацијом;
- водити рачуна о томе да примјена одређене терапије може утицати на измјерене вриједности глокозе у крви (витамин Ц, ацетилсалицилна киселина, кортикостероиди, и др.).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- представити се, информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- поставити пацијента у одговарајући положај;
- мању дјецу потребно је имобилисати уз помоћ родитеља/старатеља. Родитељ/старатељ треба да сједне на столицу за вађење крви и да посједне дијете у крило, при чему се имобилизација дјететових ногу постиже тако да родитељ/старатељ прекрсти своје ноге преко ногу дјетета. Дјететову руку из које се неће вадити крв ставити испод властите, при чему се имобилише дјететова слободна рука. Мировање руке из које ће се узорковати капиларна крв постиже родитељ учвршћивањем лакта и ручног зглоба (слика 2).

Материјал и опрема

- тацна/колица;
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- тупфери вате;
- маске за лице;
- глукометар;
- тракице за мјерење ГУК-а;
- ланцете за капиларно вађење крви;
- посуде за одлагање оштрог и инфективног отпада;
- бубрежњак;
- дезинфекционо средство.

3.1. Поступак

- апарат покренути по упутству произвођача;
- провјерити код тракице;
- уметнути одговарајућу тракицу у апарат (слика 3);
- мјесто убода мора бити на дисталном сегменту (јагодице прста), средњег прста или прстењака са стране длана, са бочне стране прста гдје је дебљина ткива довољна да се спријечи повреда кости. Убод би требало да пресијеца отиске прста а не да иде паралелно са њима;

– мјесто убода пребрише се дезинфекционим средством, сачека да се осуши (15 секунди) и убоде ланцетом (слика 3);
– послије убода прву кап крви обрисати;
– у зависности од врсте апарата, нанијети другу кап крви на тракицу (слика 3);
– ставити тупфер на убодно мјесто;
– пацијенту објаснити да притисне прстом мјесто убода и да тупфер држи три до четири минута;
– очитати резултат мјерења на апарату и евидентирати резултат;
– скинути рукавице и маску и одложити их на прописан начин и опрати руке;
– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– евидентирати спроведену активност.

4 ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

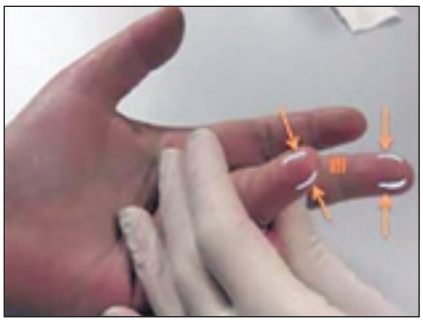
4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

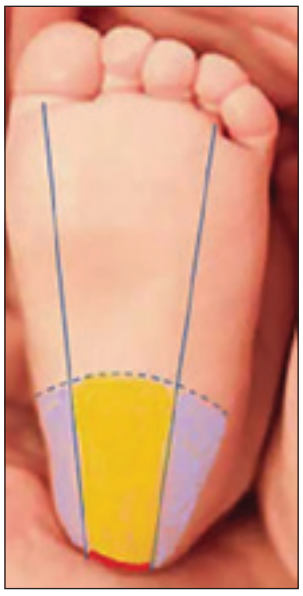
Нема.

Слика 1. Најчешћа мјеста убода код капиларног узорковања крви



Мјесто за узимање капиларне крви

Убод треба да пресијеца отиске прста



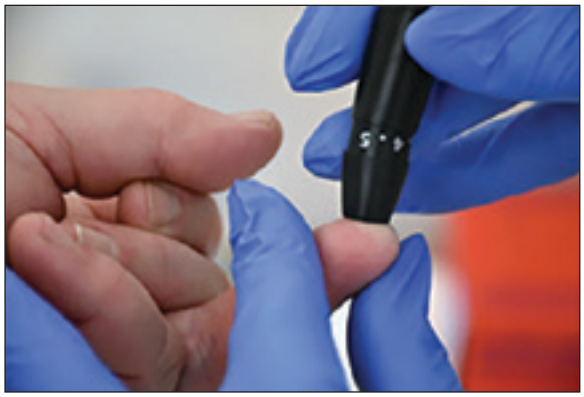
Препорука за мјесто убода код капиларног узорковања из пете

Слика 2.
Постављање дјетета у положај за вађење капиларне крви

Уметнути одговарајућу тракицу у апарат

Убодно мјесто пребрисати дезинфекционим средством

Убод ланцетом за једнократну употребу



Убод оловком

Накапавање капи крви

Усисавање капи крви

Слика 3. Поступак узорковања капиларне крви

IV. ДИО

ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКОВА

1 УПРАВЉАЊЕ ЛИЈЕКОВИМА И МЕДИЦИНСКИМ СРЕДСТВИМА

2 СИГУРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

3 ОРАЛНА, СУБЛИНГВАЛНА И БУКАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

4 ПРИПРЕМА ЛИЈЕКА ЗА ПАРЕНТЕРАЛНУ ПРИМЈЕНУ

5 СУПКУТАНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

6 ИНТРАМУСКУЛАРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

7 ИНТРАВЕНСКА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

8 ДЕРМАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

9 ТРАНСДЕРМАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

10 ОКУЛАРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

11 АУРИКУЛАРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

12 НАЗАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

13 ИНХАЛАЦИОНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

14 ПРИМЈЕНА ОКСИГЕНОТЕРАПИЈЕ

1 УПРАВЉАЊЕ ЛИЈЕКОВИМА И МЕДИЦИНСКИМ СРЕДСТВИМА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се управљање лијековима и медицинским средствима.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари, као и сви запослени укључени у процес управљања лијековима.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Управљање лијековима и медицинским средствима – свеобухватан процес који се састоји од сљедећих корака: прописивање, набавка, пријем, транспорт, чување, примјена и надзор над примјеном лијекова и медицинских средстава.

Лијек – свака супстанца или комбинација супстанци намијењена за лијечење или спречавање болести код људи.

Медицинско средство – инструменти, апарати, материјал и други производи који се примјењују на људима и који своју основну намјену, одређену од произвођача, не постижу на основу фармаколошке, имунолошке или метаболичке активности, већ се користе сами или у комбинацији, укључујући и софтвер потребан за правилну употребу.

Контролисани лијекови – лијекови који су предмет стриктних законских контрола, у оквиру којих се дефинише како се прописују, набављају, чувају, издају и уништавају, због тога што су подложни злоупотреби или недозвољеној употреби и могу нанијети штету (опојне дроге и лијекови који садрже опојне дроге, психотропне супстанце и лијекови који садрже психотропне супстанце).

Ризични лијекови – имунолошки лијекови (серуми, вакцине, токсини, алергени), радиофармацеутски производи, лијекови из крви и плазме.

Примарно паковање лијека – амбалажа с којом лијек долази у контакт (блистер, ампула, боца и слично).

Секундарно паковање лијека – амбалажа с којом лијек не долази у непосредан контакт, амбалажа која обједињује већу количину примарног паковања лијека (картонска кутија, на примјер).

АТС код – код којим се у оквиру анатомско-терапијско-хемијске класификације класификују активне супстанце лијекова у хијерархији на пет нивоа (пети ниво = генерички назив лијека).

2.2. Скраћенице

FIFO (*First In First Out*) – први унутра – први вани

FEFO (*First Expired First Out*) – први истиче – први вани

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити правилно, сигурно и јединствено управљање лијековима и медицинским средствима.

3.1. Прописивање лијекова и медицинских средстава

- прописивање лијекова на налог/рецепт врше доктори медицине/стоматологије са лиценцом, у складу са листом лијекова установе / организационе јединице, те у складу са водичима добре клиничке праксе;
- магистар фармације апотеке дома здравља или апотеке отвореног типа са којом здравствена установа има уговор о снабдијевању (уколико нема апотеку дома здравља као организациону јединицу) формира ажурну листу лијекова установе и листу лијекова организационих јединица заједно са начелницима организационих јединица, која је добро структурисана и одговара потребама установе.

3.2. Набавка лијекова и медицинских средстава

- набавку лијекова у организационој јединици врши именована одговорна особа за управљање лијековима. Набавка се врши од апотеке дома здравља или апотеке отвореног типа са којом здравствена установа има уговор о снабдијевању (уколико нема апотеку дома здравља као организациону јединицу), а у складу са листом лијекова и медицинских средстава организационе јединице;
- листа лијекова у организационој јединици садржи АТС код, назив лијека, фармацеутски облик лијека, јачину и паковање. Листа садржи и максимално дозвољене количине лијекова који се могу наћи у организационој јединици;
- листа медицинских средстава у организационој јединици може бити дио листе лијекова или засебна;
- листа лијекова и/или медицинских средстава у организационој јединици доступна је запосленима у штампаној или електронској форми;
- одговорна медицинска сестра – техничар редовно прати стање залиха лијекова и медицинских средстава у организационој јединици и припрема захтјев за набавку у складу са потребама, максимално дозвољеним количинама и одређеним временским интервалима договореним на нивоу установе (нпр. једном седмично, једном мјесечно, једном у три мјесеца...);
- захтјев за набавку лијекова и/или медицинских средстава (нпр. требовање, наруџбеница) одобрава и потписује руководилац организационе јединице.

3.3. Пријем лијекова и медицинских средстава

- пријем лијекова и медицинских средстава у организациону јединицу врши се од стране одговорне особе организационе јединице;
- приликом пријема, провјеравају се називи, количине, рок трајања лијекова и медицинских средстава (за лијекове још и фармацеутски облици и јачине) наведени на документу који прати издавање (нпр. отпремница, издатница) и упоређују са стварним стањем испоручених лијекова;

– квалитет лијекова и медицинских средстава провјерава се у односу на задате параметре (прилог 1);
– у случају било каквог одступања, одговорна особа врши рекламацију;
– пријем лијекова и медицинских средстава документује се (лијек или медицинско средство уноси се на стање залиха, уписује у картицу лијека – улаз). Контролисани лијекови – опојне дроге додатно се уносе у „Књигу евиденције опојних дрога";
– одмах по пријему, лијекови и медицинска средства се смјештају у простор/просторије за чување лијекова и медицинских средстава, у складу са препорученим условима чувања.

3.4. Транспорт лијекова и медицинских средстава

– транспорт лијекова и медицинских средстава до организационе јединице врши се на начин који минимизира ризик од оштећења те који обезбјеђује стабилност лијека.

3.5. Чување лијекова и медицинских средстава

3.5.1. Простор/просторије за чување лијекова и медицинских средстава

– ормари или затворене полице за чување лијекова и медицинских средстава, фрижидери/замрзивачи, као и просторије у којима се они налазе, могу се закључати и закључани су када се не користе;
– приступ просторима/просторијама за чување лијекова и медицинских средстава, фрижидерима/замрзивачима, као и просторијама у којима се они налазе, контролисан је (путем кључа или других начина);
– лијекови су у просторима/просторијама за чување сложени прегледно, у секундарним паковањима (изузетно у примарним ако лијек нема секундарно паковање), правилно означени. Додатно, у фрижидерима/замрзивачима чувају се искључиво лијекови, одмакнути од страница фрижидера/замрзивача и једни од других, и не у вратима и ладицама;
– лијекови су у просторима/просторијама за чување разврстани на један од сљедећих начина: према АТС коду, према путу примјене (на групе: орални лијекови, инјекциони лијекови, инфузионе течности, вакцине/имуноглобулини/серуми, лијекови за спољашњу примјену и антисептици, дезинфицијенси) и абецедно унутар сваке групе, абецедно према генеричким називима лијекова, абецедно према заштићеним називима лијекова;
– контролисани лијекови – психотропне супстанце (нпр. антипсихотици, анксиолитици, хипнотици и седативи, антидепресиви) чувају се одвојено од осталих лијекова (нпр. на посебној полици или видљиво одвојени од осталих лијекова ако су на истој полици);
– лијекови који изгледају слично (тзв. look-a-like лијекови) или им називи звуче слично (тзв. sound-a-like лијекови) чувају се раздвојени, како би се минимизирао ризик од грешке у медикацији;
– лијекови за хитне случајеве (нпр. сет за анафилактички шок) чувају се тако да је омогућен брз приступ овим лијековима у случају хитноће (нпр. сетови се чувају у посебним кутијама које су јасно обиљежене и доступне);
– контролисани лијекови – опојне дроге и лијекови који садрже опојне дроге (нпр. фенобарбитон, морфин, налоксон) чувају се у челичној каси под кључем;

– лако запаљиве течности (нпр. алкохол, бензин, ацетон) чувају се у металним ормарима;
– медицински гасови (нпр. кисеоник) у боцама под притиском чувају се у усправном положају, осигурани од пада;
– медицинска средства чувају се одвојено од лијекова. Због разноврсности медицинских средстава, препоручује се слагање према намјени (нпр. игле, бризгалице, компресе, завоји, рукавице, маске...).

3.5.2. Услови чувања лијекова и медицинских средстава

– лијекове и медицинска средства потребно је чувати на температури препорученој од стране произвођача (прилог 2). У љетном и зимском периоду, одговарајући температурни услови у просторијама постижу се уз помоћ клима уређаја и уређаја за гријање;
– лијекови и медицинска средства која захтијевају чување на нижим температурама чувају се фрижидерима/замрзивачима. Фрижидери/замрзивачи у којима се чувају ризични лијекови – вакцине повезани су са хаваријским извором струје;
– температура простора/просторија у којима се чувају лијекови и медицинска средства мјери се минимално једном дневно путем термометра (у фрижидерима/замрзивачима у којима се чувају вакцине минимално два пута дневно, уз биљежење минималних и максималних вриједности температуре), а очитане вриједности уносе се у температурне листе.
– лијекове и медицинска средства потребно је чувати заштићене од влаге и директне сунчеве свјетлости, у оригиналним паковањима, на сувом и тамном мјесту.
– лијекови и медицинска средства не смију се чувати директно на поду, јер то погодује стварању влаге. Већа паковања се евентуално могу чувати на палетама, које омогућавају циркулацију ваздуха и штите од влаге.
– просторе/просторије у којима се чувају лијекови потребно је одржавати чистима и о томе водити евиденцију.
– у случају одступања од препоручених услова чувања, потребно је евидентирати нежељени догађај и предузимати адекватне корективне мјере.

3.5.3. Праћење рокова трајања лијекова и медицинских средстава

– приликом слагања лијекова и медицинских средстава у простор/просторију за чување, потребно је слиједити принцип *FIFO/FEFO* (лијекови са најкраћим роком трајања слажу се напријед).
– рокове трајања лијекова и медицинских средстава потребно је провјеравати минимално једном мјесечно, о чему је потребно водити евиденцију. У евиденцију се уносе и лијекови и медицинска средства критичног рока трајања (критичан рок трајања дефинише се на нивоу установе, нпр. рок истиче у наредна три мјесеца).
– вишедозна паковања лијекова који имају ограничен рок употребе од отварања (нпр. 28 дана) потребно је приликом првог отварања обиљежити видљиво на примарном паковању лијека датумом отварања, роком употребе, те потписом медицинске сестре – техничара која је отворила лијек.
– лијекови и медицинска средства којима је истекао рок трајања/употребе исправно су означени, одвојени осталих и са њима се даље поступа као са фармацеутским отпадом, у складу са процедуром „Управљања медицинским отпадом и поступак у случају просипања".

3.6. Примјена лијекова и медицинских средстава

- лијекови се примјењују само на основу писаног налога / рецепта доктора медицине / стоматологије.
- прије сваке примјене лијекова, примјењује се правило 7П и правило три провјере назива, дозе и пута примјене лијека, у складу са процедуром о сигурној примјени лијека.
- лијекови се примјењују на сигуран начин, у складу са процедурама које дефинишу примјену лијека;
- свака примјена лијека и медицинског средства ажурно се документује у медицинску документацију, као и у картицу лијека (излаз). Примјена контролисаних лијекова – опојних дрога додатно се уноси у „Књигу евиденције опојних дрога", у складу са важећим прописима;
- у случају добијања обавјештења о повлачењу серије лијека са тржишта од надлежних институција, врши се заустављање примјене и повлачење серије лијека унутар установе. Све затечене количине повучене серије лијека стављају се на одвојено мјесто (карантин) до предаје произвођачу / носиоцу дозволе за промет / веледрогерији. Сачињава се евиденција о повученој серији лијека, која садржи: број серије лијека, генерички назив лијека, заштићени назив лијека, произвођача / носиоца дозволе за промет, фармацеутски облик, јачину, затечене количине лијека. Пацијенти који су примили повучену серију лијека обавјештавају се о повлачењу и надзиру у одређеном временском периоду.

3.7. Надзор над примјеном лијекова и медицинских средстава

- прате се и надзиру нежељене реакције лијекова и медицинских средстава, као и нежељени догађаји, те пријављују на одговарајућим обрасцима.
- пацијентима се објашњава поступак примјене лијека и медицинског средства, уколико примјењују лијек самостално.
- прати се адхеренција пацијената према терапији и предузимају се мјере на унапређењу адхеренције, о чему се води евиденција.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Индикатор лошег квалитета или оштећења лијека
Прилог 2. Захтјеви за чување лијекова и медицинских средстава у погледу температуре

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Индикатори лошег квалитета или оштећења лијека

Предмет провјере	**Индикатор лошег квалитета или оштећења лијека**
Паковање	сломљено или оштећено
Ознаке	недостају, непотпуне, нечитљиве
Таблете, капсуле, прашкови	промијењена боја, смрвљене таблете / здробљене капсуле, недостају таблете / капсуле у блистеру, љепљивост (посебно обложене таблете), необичан мирис
Течности	промијењена боја, замућеност, талог, сломљена заштита на боци, напукнута или разбијена боца, влага на амбалажи
Креме, масти	љепљивост, цурење садржаја, перфорирана или напукла туба
Инјекције	не растварају се, промијењена боја, талог, напукнута или разбијена ампула или боца

Прилог 2. Захтјеви за чување лијекова и медицинских средстава у погледу температуре

ЗАХТЈЕВИ ЗА ЧУВАЊЕ	**РАСПОН ТЕМПЕРАТУРЕ**
Чувати на собној температури	+15°C до +25°C
Чувати на контролисаној собној температури	+20°C до +25°C
Чувати на хладном мјесту	+8°C до +15°C
Чувати у хладној комори/фрижидеру	+2°C до +8°C
Чувати у замрзивачу	–80°C до –15°C

2 СИГУРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром описује се сигурна примјена лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Правило седам П – седам правила примјене лијека: прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација.

Правило три провјере лијека – три провјере података наведених на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту.

Доза лијека – одређена количина лијека која се даје пацијенту у циљу лијечења болести или заштите од болести.

Високоризични лијекови – лијекови са повећаним ризиком од настанка нежељених догађаја уколико се неадекватно примјењују (нпр. лијекови уске терапијске ширине, специјалне фармакокинетике или фармакодинамике, комплексног дозирања). Најпознатији високоризични лијекови су: антикоагуланси, инсулини, опојне дроге и психотропни лијекови.

2.2. Скраћенице

7П – правило седам П.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити правилну, сигурну и јединствену примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

– опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

– идентификовати пацијента;
– информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
– провјерити постојање алергије на лијек или састојке лијека;
– поставити пацијента у адекватан положај, у зависности од пута примјене лијека.

Материјал и опрема

– терапијска колица/тацна;
– налог/рецепт на ком је прописан лијек;
– прописани лијек;
– медицинска средства неопходна за примјену прописаног лијека;
– лична заштитна опрема неопходна за примјену прописаног лијека.

3.1 Поступак

– примијенити правило 7П за сваки прописани лијек појединачно (прилог 1):
  – **прави пацијент**: идентификовати пацијента путем два идентификатора, питајући га за име, презиме, име родитеља, датум рођења; упоредити добијене податке са подацима о пацијенту наведеним на налогу/рецепту на ком је прописан лијек;
  – **прави лијек**: упоредити назив, дозу и облик прописаног лијека на налогу/рецепту са подацима о лијеку наведеним на секундарном/примарном паковању лијека;
  – **права доза**: провјерити да ли је прописана доза лијека адекватна за пацијента, узевши у обзир узраст/године, тежину и стање пацијента; ако је потребно, прерачунати прописану дозу лијека и замолити другу медицинску сестру – техничара да поново прерачуна дозу;
  – **право вријеме**: провјерити да ли је прописана учесталост дозирања лијека адекватна за лијек; лијек примјењивати у складу са прописаном учесталошћу дозирања;
  – **прави пут примјене**: упоредити пут примјене лијека прописан на налогу/рецепту са путем примјене наведеним на секундарном/примарном паковању лијека; провјерити да ли се код пацијента лијек може примијенити прописаним путем примјене;
  – **прави разлог**: провјерити да ли пацијент прима лијек из правог разлога; провјерити разлоге за дуготрајну примјену лијека;
  – **права документација**: провјерити нејасну или непотпуну документацију прије примјене лијека; документовати примјену лијека у медицинску документацију увијек непосредно након што је лијек примијењен;
– примијенити правило три провјере лијека, односно, провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту три пута:

  - када се лијек узима са мјеста чувања;
  - када се припрема прописана доза лијека (сипање/одмјеравање лијека);
  - прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека, бацити у отпад.
- примијенити лијек поступајући у складу са процедурама које описују примјену различитих облика лијекова различитим путевима примјене;
- ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- ако је примјенљиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;
- ако пацијент наставља да примјењује лијек самостално, објаснити поступак;
- у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, проценити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

- бити опрезан код свих прерачунавања доза лијекова, а обавезно примјењивати независну дуплу провјеру дозе од стране друге медицинске сестре – техничара код примјене високоризичних лијекова;
- не ослањати се на памћење, већ користити листе провјере и подсјетнике;
- комуницирати са пацијентом прије, током и након примјене лијека;
- досљедно примјењивати процедуре и упутства за примјену лијека, избјегавати пречице и прескакање појединих корака поступка;
- уколико је било који податак о лијеку прописаном на налогу/рецепту нејасан, не примјењивати лијек, већ се консултовати са доктором медицине који је прописао лијек;
- пријављивати нежељене догађаје, грешке у медикацији и нежељене реакције лијекова;
- бити опрезан у ситуацијама у којима се често дешавају грешке, као и код примјене високоризичних лијекова;
- уколико пацијент изрази забринутост у вези са лијеком, прекинути примјену лијека, поново прегледати налог/рецепт на ком је прописан лијек и, уколико је потребно, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

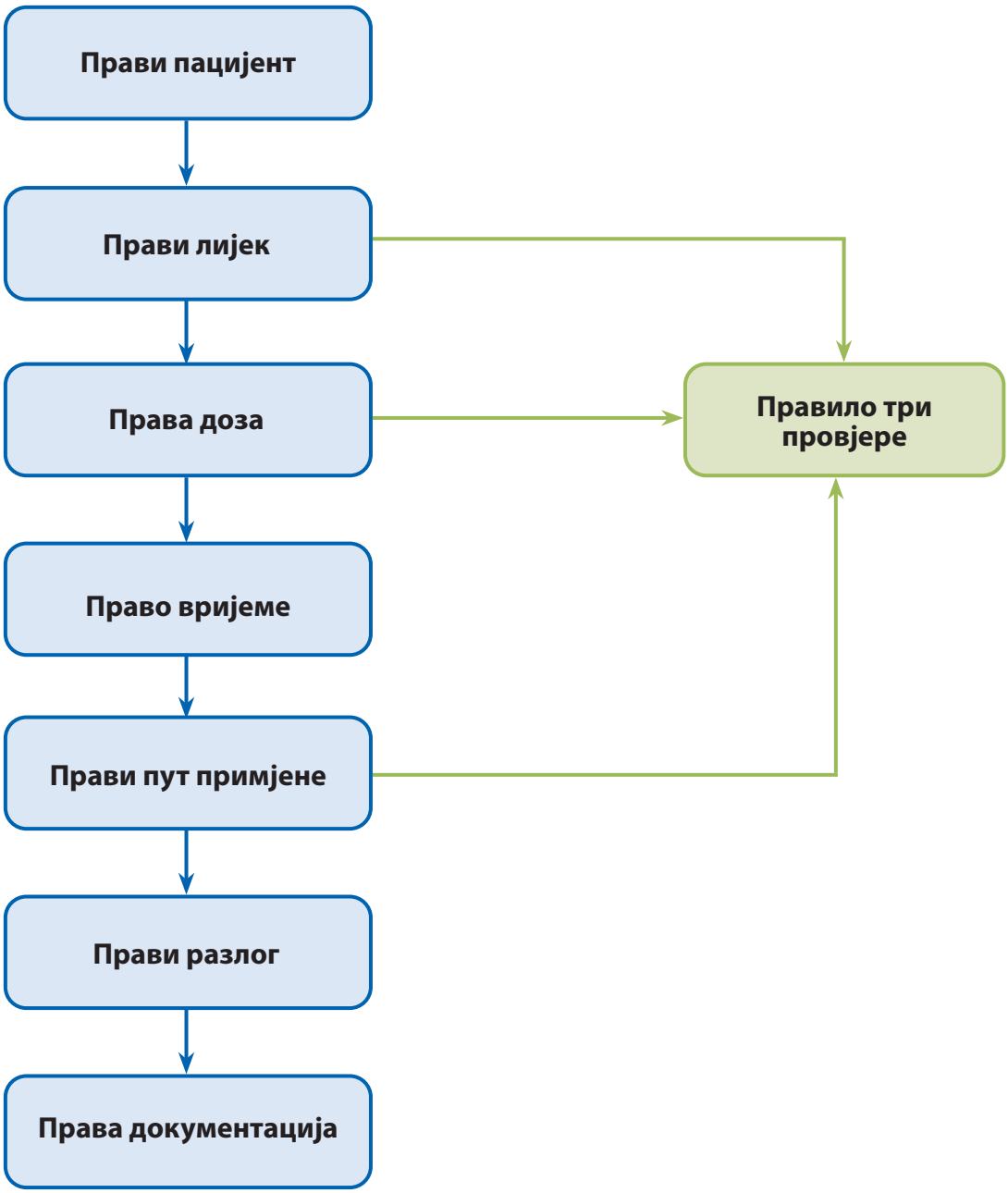
4.1. Прилози

Прилог 1. Алгоритам сигурне примјене лијека

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Алгоритам сигурне примјене лијека



3 ОРАЛНА, СУБЛИНГВАЛНА И БУКАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром описује се орална, сублингвална и букална примјена лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Орална примјена лијека (*per os*) – уношење лијека на уста и гутање лијека. Ресорпција лијека се највећим дијелом одвија у танком цријеву. Ово је најпогоднији и најјефтинији начин узимања лијека и највећи број лијекова у различитим фармацеутским облицима примјењује се орално (орална таблета/капсула/прашак, орални раствор/суспензија/емулзија, сируп, капи и слично).

Сублингвална и букална примјена лијека – уношење лијека директно у системску циркулацију ресорпцијом са усне слузнице (сублингвалне или букалне). Овим путем лијекови се примјењују када је потребно постићи брзо дјеловање, а нарочито ако су нестабилни у киселој средини желуца или имају изражен ефекат првог проласка кроз јетру (нпр. глицерилтринитрат и бупренорфин). Облици лијекова који се примјењују сублингвално су: сублингвална таблета, филм или спреј, а букално: букална таблета, филм или мукоадхезивна букална таблета.

2.2. Скраћенице

7П – правило седам П.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну, сигурну и јединствену оралну, сублингвалну или букалну примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
- провјерити постојање алергије на лијек или састојке лијека;
- поставити пацијента у сједећи положај, или, ако не може да сједи, у лежећи положај на страни.

Материјал и опрема

- терапијска колица/тацна;
- налог/рецепт на ком је прописан лијек;
- прописани лијек;
- чашица за лијек;
- кашичица (по потреби);
- нестерилне рукавице за једнократну употребу (по потреби);
- чаша воде (по потреби).

3.1. Поступак

- примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „Сигурна примјена лијека";
- примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром „Сигурна примјена лијека";
- ставити лијекове које пацијент прима у чашицу за лијек (не додиривати лијек голим рукама већ користити кашичицу или евентуално навући нестерилне рукавице) или у доминантну руку узети спреј;
- примијенити лијек како је прописано:

Орална таблета / капсула / прашак:

- дати чашицу са лијеком пацијенту у руку, по потреби дати и чашу воде;
- уколико је пацијенту потребна помоћ при узимању лијека, прислонити чашицу са лијеком на усне пацијента и пажљиво истрести садржај у уста, по потреби дати и чашу воде;
- објаснити пацијенту да лијек стави на средину језика и прогута, по потреби уз гутљај воде;

Орални раствор / суспензија / емулзија / сируп / капи:

- дати чашицу са лијеком пацијенту у руку;
- уколико је пацијенту потребна помоћ при узимању лијека, прислонити чашицу са лијеком на усне пацијента и пажљиво истрести садржај у уста;
- објаснити пацијенту да лијек може прогутати одједном или подијељен у мање гутљаје;

Сублингвална таблета / филм:

- навући нестерилне рукавице;
- ставити таблету / филм испод језика пацијента (слика 1);
- замолити пацијента да затвори уста и објаснити му да таблету/филм држи на мјесту све док се потпуно не отопи, те упозорити да не жваће таблету/филм и не додирује је језиком да је не би случајно прогутао;

Сублингвални спреј:

- навући нестерилне рукавице;
- бочицу са спрејом држати окомито са отвором што је ближе могуће устима пацијента и напрскати спреј под језик пацијента;
- објаснити пацијенту да задржи дах, те да сачека 10 секунди прије него што прогута лијек;

Букална таблета / филм:

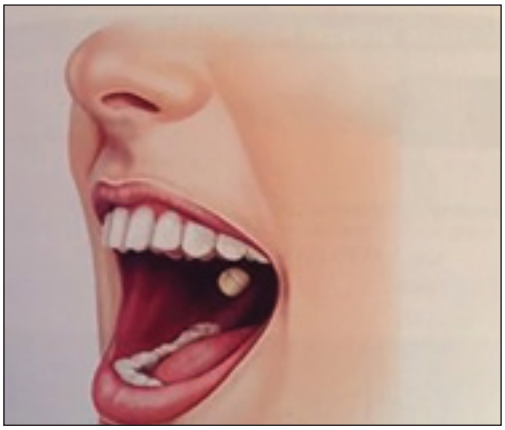
- навући нестерилне рукавице;
- ставити таблету/филм у букални сулкус између образа и десни (слика 2);
- замолити пацијента да затвори уста и објаснити му да таблету/филм држи на мјесту све док се потпуно не отопи, те га упозорити да не жваће таблету/филм и не додирује је језиком да је не би случајно прогутао;
- не давати течност пацијенту и упозорити пацијента да не испира уста све док се таблета не отопи;

- остати уз пацијента док није прогутао односно отопио све лијекове;
- ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- ако је примјенљиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;
- ако пацијент наставља да примјењује лијек самостално, објаснити поступак;
- у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, проценити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

- орална примјена лијекова контраиндикована је код пацијената без свијести, оних који имају мучнину и повраћање и оних који не могу да гутају;
- водити рачуна о томе да ли се прописани лијек за оралну примјену узима прије, у току или након оброка;
- неки чврсти облици лијекова за оралну примјену (таблете, капсуле) узимају се са течношћу, а неки искључиво са водом;
- неки чврсти облици лијекова за оралну примјену могу се по потреби половити или дробити, а неки не. Увијек прочитати упутство произвођача за дати лијек;
- уколико се чврсти облици лијекова за оралну примјену могу дробити, а да би се олакшало гутање код дјеце или особа старије животне доби, дробљење извести помоћу тучка и тарионика. У кућним условима, издробљени лијек могуће је умијешати у неки неутрални носач (нпр. желе, пудинг) и дати пацијенту;
- течне облике лијекова за оралну примјену (раствори, суспензије, емулзије, сирупи) потребно је прецизно дозирати помоћу дозатора, сипајући лијек у висини очију;
- течне облике лијекова за оралну примјену који могу пребојити зубе пацијента (нпр. препарати жељеза) пацијент може унијети кроз сламку;
- за течне облике лијекова који се дозирају у капима користити искључиво капаљку која је пакована са лијеком;

Слика 1. Примјена сублингвалне таблете



Слика 2. Примјена букалне таблете

– ако лијек у вишедозном паковању има ограничен рок употребе од отварања (нпр. 28 дана), потребно је приликом првог отварања лијека примарно паковање видљиво обиљежити датумом отварања, те потписом медицинске сестре – техничара која је отворила лијек.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

4 ПРИПРЕМА ЛИЈЕКА ЗА ПАРЕНТЕРАЛНУ ПРИМЈЕНУ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се припрема лијека за парентералну примјену.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Парентерална примјена лијека – примјена лијека на начин да се заобиђе гастроинтестинални тракт, тако да се лијек унесе директно у ткива у одговарајућим фармацеутским

облицима (раствор / суспензија / емулзија за инјекцију, раствор / емулзија за инфузију). Парентерална примјена лијека обухвата: супкутану, интрамускуларну, интравенску, интрадермалну, интратекалну и интраосеалну примјену.

Средство за реконституцију (растварач) – средство неопходно за превођење лијека из чврстог облика (нпр. прашак, гранула) у течни облик (нпр. раствор, суспензија, емулзија, капи, сируп). Средство за реконституцију прашка за инјекцију/инфузију најчешће је вода за инјекције или физиолошки раствор (0,9% NaCl).

Ампула – затаљена цјевчица или посудица од неутралног стакла која садржи једну дозу лијека у течном облику за парентералну примјену.

Бочица – посудица од неутралног стакла затворена гуменим чепом која садржи једну или више доза лијека у течном или прашкастом облику за парентералну примјену. Уколико бочица садржи лијек у облику прашка за инјекцију/инфузију, примарно паковање лијека и упутство произвођача садрже податак о врсти и количини средства за реконституцију неопходног да се добије лијек жељене концентрације.

2.2. Скраћенице

7П – правило седам П.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити правилну, сигурну и јединствену припрему лијека за парентералну примјену.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- примјењивати правило 7П и правило три провјере лијека;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Материјал и опрема

- терапијска колица/тацна;
- налог/рецепт на ком је прописан лијек;
- прописани лијек;
- средство за реконституцију (за прашак за инјекцију/инфузију, врста и количина средства зависи од упутства произвођача прописаног лијека);
- дезинфекционо средство;
- бризгалице и игле одговарајућег лумена и величине;
- тупфери вате;
- рукавице;

- бубрежњак;
- посуде за одлагање медицинског отпада.

3.1. Припрема лијека за парентералну примјену из ампуле

- назив, дозу и пут примјене лијека са оригиналног паковања упоредити са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу или рецепту, провјерити рок употребе (рок трајања) лијека;
- дезинфиковати руке, навући нестерилне рукавице;
- из горњег дијела (врата) ампуле полукружним покретом спустити лијек у доњи дио ампуле;
- тупфером навлаженим дезинфекционим средством обрисати врат ампуле;
- нови тупфер обмотати око врата ампуле и одломити врх притишћући у правцу од тијела, како би се избјегла могућа повреда приликом ломљења;
- поставити иглу на бризгалицу, скинути заштитну капицу са игле и одложити је;
- поставити ампулу на равну површину, придржати је недоминантном руком, а доминантном руком увести иглу у ампулу, пазећи да не додирује зидове;
- лагано навући лијек из ампуле у бризгалицу;
- коришћену иглу са бризгалице одложити у контејнер за оштрице;
- куцнути бризгалицу неколико пута прстима како би се ослободили заостали мјехурићи ваздуха, а ако ваздух заостане у врху бризгалице, пажљиво повући клип бризгалице уназад, па истиснути ваздух пазећи да се не истисне лијек;
- на бризгалицу ставити нову стерилну иглу одговарајућег лумена са капицом;
- сачувати ампулу до завршетка апликације лијека, а затим је адекватно одложити;
- приступити примјени лијека у складу са прописаним путем примјене и одговарајућим процедурама за примјену лијека.

3.2. Припрема лијека за парентералну примјену из бочице (течни облик)

- назив, дозу и пут примјене лијека са оригиналног паковања упоредити са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу или рецепту, провјерити рок употребе (рок трајања) лијека;
- код вишедозног паковања, прерачунати неопходну количину лијека коју је потребно навући у бризгалицу из бочице како би пацијент добио прописану дозу лијека;
- дезинфиковати руке, навући нестерилне рукавице;
- одстранити поклопац са бочице и одложити га;
- гумени чеп бочице дезинфиковати тупфером вате натопљеним дезинфекционим средством и оставити да се осуши;
- поставити иглу на бризгалицу, скинути заштитну капицу са игле и одложити је;
- поставити бочицу на равну површину, придржати је недоминантном руком, а доминантном руком кроз средину гуменог чепа увести иглу у бочицу;
- држати бочицу окомито клипом бризгалице према доље, држећи врх игле испод нивоа течности у бочици;
- лагано навући лијек у бризгалицу до потребне количине;

– куцнути бризгалицу неколико пута прстима како би се ослободили заостали мјехурићи ваздуха, а ако ваздух заостане у врху бризгалице, истиснути га у бочицу;
– још једном провјерити да ли количина лијека у бризгалици одговара потребној;
– коришћену иглу са бризгалице одложити у контејнер за оштрице;
– уколико је потребно, поново куцнути бризгалицу неколико пута прстима, држећи је окомито у висини очију, како би се ослободили заостали мјехурићи ваздуха, а ако ваздух заостане у врху бризгалице, пажљиво повући клип бризгалице уназад, па истиснути ваздух гурајући клип бризгалице унапријед, пазећи да се не истисне лијек;
– на бризгалицу ставити нову стерилну иглу одговарајућег лумена са капицом;
– сачувати бочицу до краја примјене лијека, а затим је адекватно одложити;
– приступити примјени лијека у складу са прописаним путем примјене и одговарајућим процедурама за примјену лијека.

3.3. Припрема лијека за парентералну примјену из бочице (прашкасти облик)

– назив, дозу и пут примјене лијека са оригиналног паковања упоредити са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу или рецепту и провјерити рок употребе (рок трајања) лијека;
– на примарном паковању лијека или упутству произвођача провјерити податак о врсти и количини средства за растварање неопходног да се добије лијек потребне концентрације;
– дезинфиковати руке, навући нестерилне рукавице;
– одстранити поклопац са бочице и одложити га;
– гумени чеп бочице са лијеком у облику прашка дезинфиковати тупфером вате натопљеним дезинфекционим средством и оставити да се осуши;
– гумени чеп бочице или врат ампуле са средством за растварање дезинфиковати новим тупфером вате натопљеним дезинфекционим средством и оставити да се осуши;
– поставити иглу на бризгалицу, скинути заштитну капицу са игле и одложити је;
– у бризгалицу навући адекватну количину одговарајућег средства за реконституцију према претходно наведеном поступку навлачења лијека из ампуле или бочице;
– поставити бочицу на равну површину, придржати је недоминантном руком, а доминантном руком кроз средину гуменог чепа увести иглу у бочицу и истиснути сву количину средства за растварање у бочицу са прашком;
– коришћену иглу и бризгалицу адекватно одложити;
– лагано ротирати бочицу између дланова или промућкати дуж њене уздужне осе, омогућавајући да се помијешају лијек и средство за растварање, односно да се лијек раствори;
– на примарном паковању бочице лијека пажљиво прочитати податке о концентрацији лијека након растварања како би се прерачунала потребна количина раствореног лијека (у милилитрима) коју је потребно навући у бризгалицу из бочице да би пацијент добио прописану дозу лијека;

- поставити нову иглу на нову бризгалицу, скинути заштитну капицу са игле и одложити је;
- у бризгалицу навући адекватну количину раствореног лијека према претходно наведеном поступку навлачења лијека из бочице;
- сачувати бочицу до краја примјене лијека, а затим је адекватно одложити;
- приступити примјени лијека у складу са прописаним путем примјене и одговарајућим процедурама за примјену лијека.

Посебне напомене

- лијекови за парентералну примјену су стерилни и припремају се асептичном техником рада;
- уколико се не примијени сва количина лијека за парентералну примјену након припреме (код вишедозног паковања), примарно паковање лијека потребно је адекватно обиљежити податком о отварању / времену реконституције и потписом одговорне особе, те чувати у временским роковима и под одговарајућим условима чувања, у складу са упутством произвођача.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

5 СУПКУТАНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се супкутана примјена лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Супкутана примјена лијека – примјена лијека у растресито поткожно ткиво. Супкутано се дају водени раствори лијека и суспензије у количини 0,5–2 ml лијека, иглом постављеном под углом 45–90° у односу на мјесто убода, у зависности од дебљине поткожног масног ткива и врсте лијека. Најчешћа мјеста за давање супкутаних инјекција су спољашња страна горње трећине надлактице, спољашња страна наткољенице,

латералне стране трбуха од пупка до илијачне кости, глутеални дио и горњи дио леђа – лопатице (слика 1). Лијек се ресорбује већ за 30 минута након примјене.

2.2. Скраћенице

7П – правило седам П

s. c. – супкутано.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити правилну, сигурну и јединствену супкутану примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- примјењивати правило 7П и правило три провјере лијека;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
- провјерити постојање алергије на лијек или на састојке лијека;
- поставити пацијента у сједећи или лежећи положај на леђима.

Материјал и опрема

- терапијска колица/тацна;
- налог/рецепт на ком је прописан лијек;
- прописани лијек;
- тупфери вате;
- дезинфекционо средство;
- бризгалице и игле одговарајућег лумена и величине;
- бубрежњак;
- посуде за одлагање медицинског отпада.

3.1. Поступак

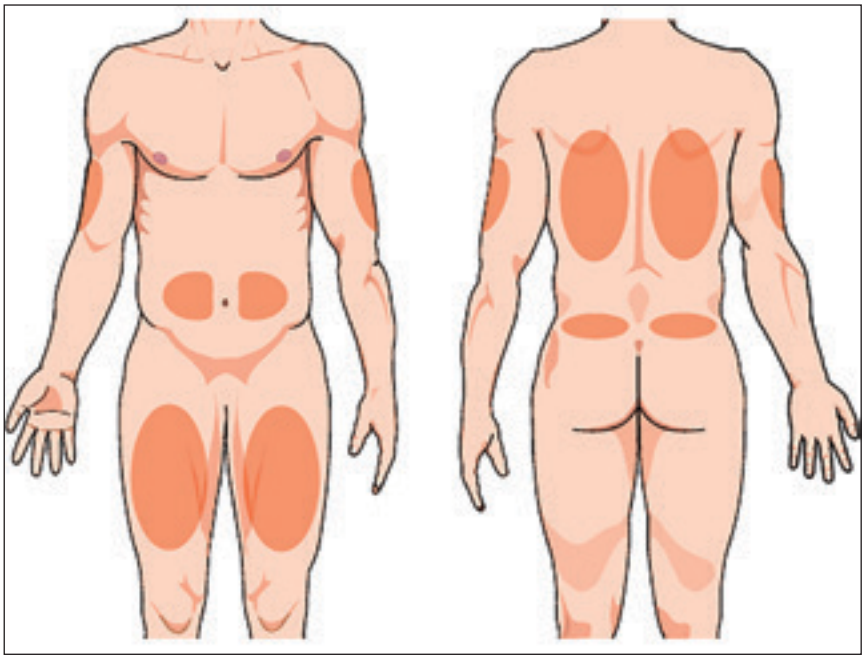
- примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
- примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене

лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;

- одредити мјесто убода и дезинфиковати тупфером натопљеним дезинфекционим средством од центра према периферији те сачекати 15–30 секунди да се осуши;
- доминантном руком узети бризгалицу иглом у којој је припремљен лијек у складу са процедуром „Припрема лијека за парентералну примјену“, скинути заштитну капицу и одложити је у бубрежњак;
- на кожи направити кожни набор помоћу палца и кажипрста недоминантне руке;
- убости иглу под углом од 45–90° у односу на мјесто убода, зависно од дебљине поткожног масног ткива и врсте лијека;
- лагано аспирирати (зависно од лијека који се примјењује) повлачећи клип бризгалице, пратећи да ли ће се појавити крв у бризгалици (уколико се појави крв, прекинути поступак, извући иглу, припремити другу инјекцију и убризгати лијек на другом мјесту);
- лагано примијенити лијек;
- када је лијек примијењен, извући бризгалицу са игом;
- бризгалицу, иглу и примарно паковање лијека одложити у складу са процедуром „Управљање медицинским отпадом и поступак у случају просипања“;
- на убодно мјесто ставити тупфер вате;
- лагано протрљати убодно мјесто (код примјене хепарина и инсулина не трљати убодно мјесто);
- ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- ако је примјенљиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;
- ако пацијент наставља да примјењује лијек самостално, објаснити поступак;
- у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, процијенити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

- лијекови за s. c. примјену стерилни су и примјењују се асептичном техником рада;
- уколико је за s. c. примјену количина прописаног лијека већа од 2 ml, препоручује се примјена лијека на два различита мјеста новом бризгалицом и иглом;
- лијек се s. c. не смије примјењивати на мјесту едема, хематома, промијењене боје коже, на младежима, ожиљцима и на оштећеним мјестима;
- код честе s. c. примјене истог лијека, обавезно мијењати мјесто убода, нпр. код давања инјекција инсулина (слика 1);
- најбоље мјесто за инјектирање хепарина је супкутано ткиво доњег абдомена, 5 cm испод пупка између лијеве и десне илијачне кости.



Слика 1.
Мјеста за s. c. примјену лијека

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

6 ИНТРАМУСКУЛАРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се интрамускуларна примјена лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Интрамускуларна примјена лијека – примјена лијека у мишићно ткиво. Овим путем могу се давати водени и уљани раствори лијекова и суспензије. Лијек се примјењује инјектирањем у велике мишиће на мјеста гдје нема великих крвних судова и нерава, иглом постављеном под углом од 90° у односу на мјесто убода. Интрамускуларно се лијек најчешће даје у вентроглутеалну и дорзоглутеалну регију (*m. gluteus maximus, m. gluteus*

medius, m. gluteus minimus – слика 1) до 5 ml раствора, а мања количина лијека, до 2 ml, може се апликовати у надлактичну регију (*m. deltoideus* – слика 2) или наткољеничну регију (*m. rectus femoris* и *m. vastus lateralis*). Најчешћи промјери игле за интрамускуларну апликацију лијека су 22–27 G за водене растворе, а 18–25 G за уљане растворе. Лијек се ресорбује већ за 30 минута након примјене.

„Z" техника – ова техника се може користити код старијих пацијената који имају смањену мишићну масу. Уљани раствори лијекова и препарати жељеза апликују се „Z" техником, дубоко мускуларно, да би се избјегла супкутана иритација и колорација ткива.

2.2. Скраћенице

7П – правило седам П

i. m. – интрамускуларно.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити правилну, сигурну и јединствену интрамускуларну примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- примјењивати правило 7П и правило три провјере лијека;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
- провјерити постојање алергије на лијек или састојке лијека;
- поставити пацијента у сједећи или лежећи положај на стомаку.

Материјал и опрема

- терапијска колица/тацна;
- налог/рецепт на ком је прописан лијек;
- прописани лијек;
- дезинфекционо средство;
- бризгалице и игле одговарајућег лумена и величине;
- тупфери вате;
- рукавице;
- бубрежњак;
- посуде за одлагање медицинског отпада.

3.1. Поступак

- примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „Сигурна примјена лијека“;
- примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром „Сигурна примјена лијека“;
- одредити мјесто убода и дезинфиковати тупфером натопљеним дезинфекционим средством од центра према периферији, те сачекати 15–30 секунди да се осуши;
- савјетовати пацијента да опусти мишић;
- доминантном руком узети бризгалицу иглом у којој је припремљен лијек у складу са процедуром „Припрема лијека за парентералну примјену“, скинути заштитну капицу и одложити је у бубрежњак;
- недоминантном руком, кажипрстом и палцем:
  - растегнути кожу,
  - код атрофираних мишића обухватити и стиснути мишић,
  - код „Z“ технике длаком повући кожу изнад мјеста планираног убода према горе или у страну и држати је затегнутом током инјектирања.
- убости иглу у мишић под углом од 90° (двије трећине игле увести у мишић);
- лагано аспирирати повлачећи клип бризгалице, пазећи да се не помјери игла и пратећи да ли ће се појавити крв у бризгалици. Уколико се појави крв, прекинути поступак, извући инјекцију и адекватно је одложити. Не убризгавати раствор са крвљу већ припремити нови лијек и убризгати га на другом мјесту;
- ако нема крви, полако инјектирати лијек из бризгалице у мишић;
- када је лијек примијењен, сачекати десетак секунди и извући иглу бризгалицом под углом од 90°;
- ставити на убодно мјесто тупфер вате, лагано протрљати убодно мјесто и држати неколико минута;
- код примјене „Z“ технике након убризгавања лијека сачекати десетак секунди и истовремено извући иглу те пустити затегнути дио коже и мјесто убода притиснути тупфером;
- бризгалицу, иглу и примарно паковање лијека одложити у складу са процедуром „Управљање медицинским отпадом и поступак у случају просипања“;
- ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- ако је примјењиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;

– у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, процијенити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

– лијекови за примјену i. m. путем стерилни су и примјењују се асептичном техником рада;
– уколико је за i. m. пут примјене прописана количина лијека већа од 5 ml, лијек треба навући у двије бризгалице и примијенити на два различита мјеста;
– примјена лијека у мишић контраиндикована је код пацијената са оштећеним механизмом коагулације или код примјене антикоагулантне терапије;
– избор промјера игле за i. m. примјену зависи од врсте раствора, конституције пацијента, регије давања и дебљине поткожног масног ткива;
– у случају учестале i. m. примјене лијека потребно је мијењати мјесто убода;
– након i. m. примјене препарата жељеза мјесто убода не масирати и упозорити пацијента да мирује наредних 30 минута.

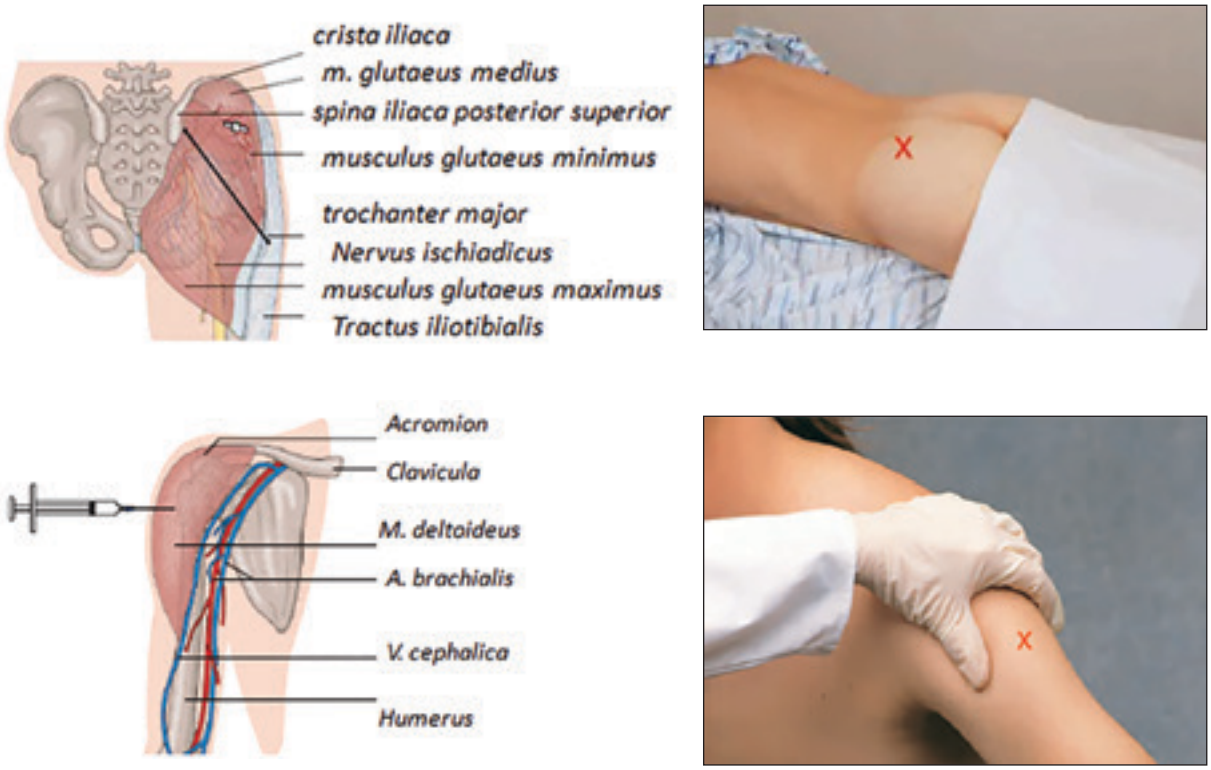
4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.



Слике 1 и 2. Мјеста за i. m. примјену лијека

7 ИНТРАВЕНСКА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се интравенска примјена лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Интравенска примјена лијека – примјена лијека у вену, тј. у циркулишућу крв. Интравенски се могу убризгавати само водени раствори лијека. Лијек се интравенски примјењује брзином 1 ml / 1 мин., ако није другачије ординирано. Препоручује се користити вене горњих екстремитета (вене дорзума шаке, метакарпалне вене, цефалична или базилична вена подлактице, кубитална вена) за интравенску примјену лијека (слика 1). Дјеловање лијека почиње истовремено са примјеном лијека.

2.2. Скраћенице

7П – правило седам П

i. v. – интравенски

G – Гејџ

AV фистула – артериовенска фистула.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити правилну, сигурну и јединствену интравенску примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- примјењивати правило 7П и правило три провјере лијека;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
- провјерити постојање алергије на лијек или састојке лијека;
- поставити пацијента у сједећи или лежећи положај на леђима.

Материјал и опрема

- терапијска колица/тацна;
- налог/рецепт на ком је прописан лијек;
- прописани лијек;
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- тупфери вате;
- дезинфекционо средство;
- бризгалице и игле одговарајућег лумена и величине;
- компреса или папирна вата;
- Есмархова повеска;
- фластер;
- физиолошки раствор (0,9% NaCl);
- бубрежњак;
- посуде за одлагање медицинског отпада.

3.1. Поступак

- примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „Сигурна примјена лијека“;
- примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
- лијек припремљен у складу са процедуром „Припрема лијека за парентералну примјену“, са потребним прибором, ставити надохват руке, у непосредној близини мјеста примјене;
- руку пацијента смјестити на чврсту подлогу и испод руке поставити заштитну компресу или папирну вату;
- навући нестерилне рукавице;
- примијенити лијек како је прописано:

Путем игле

- прегледом и палпацијом одабрати најповољнију вену, по могућности вену недоминантне руке. Вена се палпира постављањем једног или два прста (кажипрстом и средњим прстом) преко вене, уз благи притисак на вену, потом се ослобађа притисак у циљу процјене еластичности вене и поновног пуњења;
- поставити Есмархову повеску 10–15 cm изнад предвиђеног мјеста убода;

– замолити пацијента да стисне шаку;
– палпирати изабрану вену;
– тупфером натопљеним дезинфекционим средством дезинфиковати кожу од центра према периферији и причекати 15–30 секунди да се кожа осуши;
– доминантном руком узети бризгалицу иглом у којој је припремљен лијек, скинути заштитну капицу и одложити је у бубрежњак;
– недоминантном руком придржати пацијентову руку и затегнути кожу;
– убости кожу под углом 30–45°, 1 cm испод мјеста уласка у вену, спустити иглу за 10° и ући у лумен вене 0,5 – 1 cm;
– аспирирати, а ако се појави крв, отпустити Есмархову повеску;
– полако инјектирати лијек 1 ml / 1 мин., ако није другачије прописано;
– посматрати пацијента (изглед лица, реакцију, пулс, с пацијентом водити примјерен разговор – уколико је могуће);
– након примјене лијека притиснути лагано мјесто убода тупфером вате и извадити иглу;
– притиснути тупфер и упозорити пацијента да три минуте држи испружену руку, а у случају продуженог крварења, тупфер држати дуже;
– ако пацијент не може сам држати тупфер, причврстити га хипоалергијским фластером. Након пет минута, тупфер и фластер одстранити и одложити их у инфективни отпад;
– бризгалицу, иглу и примарно паковање лијека одложити у складу са процедуром „Управљање медицинским отпадом и поступак у случају просипања“;

Путем интравенске каниле

– уколико није пласирана интравенска канила, пласирати је у складу са процедуром „Успостављање венског пута“;
– инспекцијом каниле и палпацијом вене провјерити стање каниле и вене;
– тупфером натопљеним дезинфекционим средством дезинфиковати предвиђено мјесто примјене лијека – околину чепа (кожу испод чепа, канилу око чепа);
– компресом подложити улаз у канилу;
– отворити канилу, чеп одложити у посуду за нечисто, канилу спојити са бризгалицом и аспирирати док се не појави крв;
– одвојити бризгалицу и одложити у инфективни отпад;
– испрати канилу са 2–5 ml физиолошког раствора, бризгалицу одложити у инфективни отпад;
– бризгалицу са лијеком прикључити на канилу и лагано убризгавати лијек;
– посматрати пацијента (изглед лица, реакцију, пулс, с пацијентом водити примјерен разговор – уколико је могуће);
– након примјене лијека, одвојити бризгалицу и одложити је у инфективни отпад;
– испрати канилу са 2–5 ml физиолошког раствора, бризгалицу одложити у инфективни отпад;
– ставити стерилни чеп на канилу;
– промијенити фластер око каниле ако је контаминиран крвљу, преписати датум и вријеме које је стајало на контаминираном фластеру;

- скинути рукавице, опрати и посушити руке;
- ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- ако је примјенљиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;
- у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, процијенити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

- лијекови за примјену i. v. путем су стерилни и примјењују се асептичном техником рада;
- код i. v. примјене лијека, посматрати мјесто убода за вријеме примјене ради евентуалне паравенозне примјене лијека – екстравазације (појава црвенила и едема уз вену);
- не препоручује се давати i. v. лијекове у доње екстремитете, нарочито не у екстремитете гдје су проширене вене и оштећена периферна циркулација, у екстремитет са AV фистулом и лимфедемом.

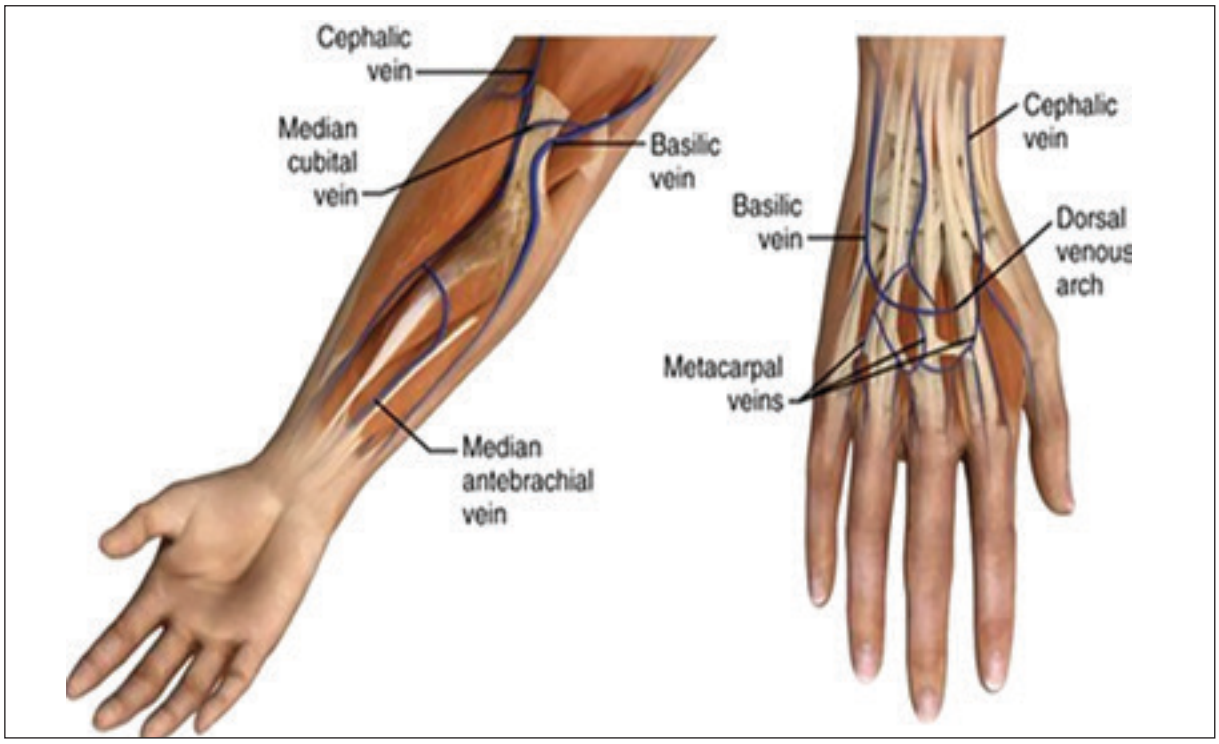
4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.



Слика 1. Најчешћа мјеста за i. v. примјену лијека

8 ДЕРМАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1 ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак дермалне примјене лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Дермална примјена лијека – локална примјена лијека на кожу. Ресорпција лијека се одвија кроз епидермални слој у кожу, чиме се постиже жељени локални ефекат. Облици лијекова намијењени дермалној примјени су крема, маст, гел, паста, прашак, спреј (раствор / суспензија прашак), пјена, раствор, суспензија, емулзија, шампон, фластер, импрегнирана компреса и други.

2.2. Скраћенице

7П – правило седам П.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну, сигурну и јединствену дермалну примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
- провјерити постојање алергије на лијек или на састојке лијека;
- поставити пацијента у сједећи или лежећи положај.

Материјал и опрема

- терапијска колица/тацна;
- налог/рецепт на ком је прописан лијек;
- прописани лијек;
- стерилна шпатула;
- стерилни тупфери газе;
- посуда са топлом водом;
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- стерилне рукавице за једнократну употребу (по потреби);
- стерилна компреса (по потреби);
- хипоалергијски фластер (по потреби);
- бубрежњак.

3.1. Поступак

- примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
- примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
- навући нестерилне рукавице, а уколико је нарушен интегритет коже, навући стерилне рукавице;
- тупфером стерилне газе навлаженим топлом водом очистити кожу на коју ће се примијенити лијек од свих нечистоћа и оставити да се потпуно осуши;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке, ставити нове рукавице;
- примијенити лијек како је прописано:

Крема/маст/гел/паста

- пажљиво отворити паковање лијека, окрећући поклопац наопако, како би се спријечила контаминација унутрашње површине;
- држећи стерилну шпатулу доминантном руком извадити лијек из примарног паковања лијека;
- лијек са шпатуле пренијети на недоминантну руку са рукавицом;
- размазати лијек између дланова обје руке, како би се олакшало наношење;
- нанијети лијек на обољелу кожу дугим, меким потезима у правцу раста длака (не утрљавати јако);
- уколико је потребна додатна количина лијека, новом стерилном шпатулом извадити лијек из примарног паковања и поновити поступак;

Прашак

- ако је мјесто примјене прашка близу пацијентовог лица, објаснити пацијенту да окрене главу или стави маску на лице;
- лагано посути танак слој прашка на обољело мјесто;
- ако је потребно, стерилну компресу ставити преко коже са лијеком и фиксирати је фластером;

- скинути рукавице, опрати и посушити руке;
- ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- ако је примјењиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;
- ако пацијент наставља да примјењује лијек самостално, објаснити поступак;
- у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, проценити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

- ако лијек у вишедозном паковању има ограничен рок употребе од отварања (нпр. 28 дана), потребно је приликом првог отварања лијека примарно паковање видљиво обиљежити датумом отварања, те потписом медицинске сестре – техничара која је отворила лијек.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

9 ТРАНСДЕРМАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1 ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак трансдермалне примјене лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Трансдермална примјена лијека – локална примјена лијека на кожу у одговарајућим фармацеутским облицима (трансдермални фластер / маст / гел / спреј), из којих се контролисане дозе лијека константно ослобађају и ресорбују путем коже директно у циркулацију, производећи тако продужени системски ефекат.

2.2. Скраћенице

7П – правило седам П**.**

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну, сигурну и јединствену трасндермалну примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
- провјерити постојање алергије на лијек или састојке лијека;
- поставити пацијента у сједећи или лежећи положај на леђима.

Материјал и опрема

- терапијска колица/тацна;
- налог/рецепт на ком је прописан лијек;
- прописани лијек;
- трака за наношење (за трансдермалну маст);
- хипоалергијски фластер (за трансдермалну маст);
- пластична или провидна полупропустљива фолија (по потреби, за трансдермалну маст);
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- дезинфекционо средство;
- тупфери вате;
- бубрежњак.

3.1. Поступак

- примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
- примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
- навући нестерилне рукавице;
- кожу на коју ће се примијенити трансдермални лијек дезинфиковати тупфером вате натопљеним дезинфекционим средством и оставити да се потпуно осуши;
- примијенити лијек како је прописано:

Трансдермални фластер

- пажљиво отворити паковање лијека и извадити трансдермални фластер;
- скинути заштитну фолију са трансдермалног фластера, не додирујући љепљиву страну и задржати је на сигурном мјесту;
- на трансдермални фластер написати фломастером датум, тачно вријеме примјене и своје иницијале;
- ставити трансдермални фластер на суву кожу на преферирано мјесто: горњи дио леђа, испод кључне кости на грудима, спољашња или унутрашња страна надлактице (слика 1), те притиснути длaном око 30 секунди како би се добро залијепио;
- прстима додатно притиснути рубове трансдермалног фластера тако да буде раван на кожи, без набора и мјехурића;

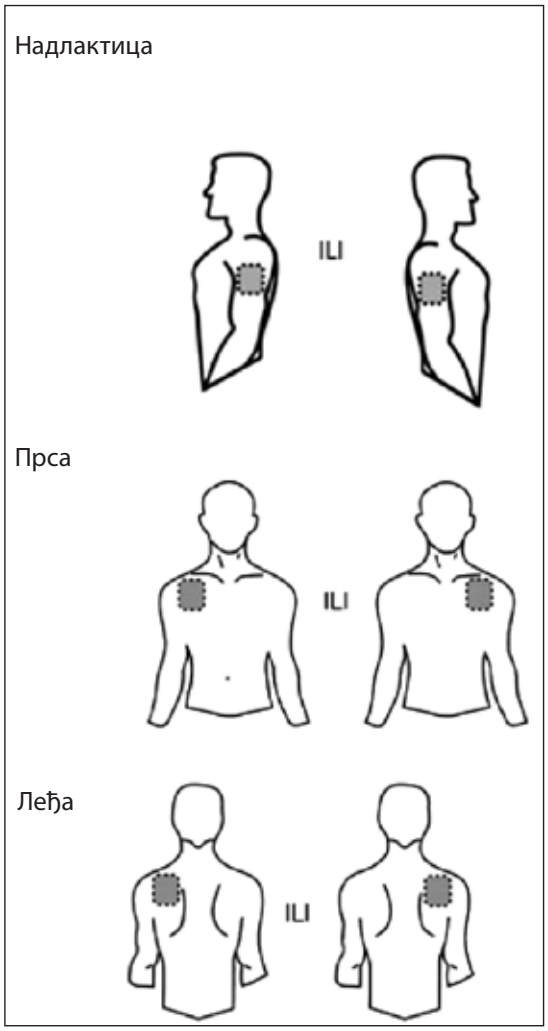
Трансдермална маст

- истиснути прописану количину масти на траку за наношење, водећи рачуна да не дође у контакт са кожом медицинске сестре – техничара који примјењује лијек;
- ставити траку страном на којој је маст на суву кожу на преферирано мјесто (не утрљавати у кожу);
- залијепити траку са масти фластером на кожу;
- по потреби, прекрити пластичном или провидном полупропустљивом фолијом и залијепити фластером;
- скинути рукавице, опрати и посушити руке;
- ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- ако је примјењиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;

– ако пацијент наставља да примјењује лијек самостално, објаснити поступак;
– у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, проценити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

– трансдермалне лијекове примјењивати на чисту кожу, на равне површине без маља (ако је потребно, ошишати маље маказама, никако не бријати), и искључиво на неоштећену кожу, избјегавајући дијелове на којима апсорпција може бити неуједначена (ожиљци, ране, иритирана кожа, боре);
– трансдермалне лијекове примјењивати сваки дан у исто вријеме, у прописаним интервалима дозирања, како би се обезбиједио континуирани ефекат лијека;
– мијењати мјесто примјене трансдермалних лијекова како би се избјегла иритација коже код поновљене примјене на истом мјесту (никада не апликовати трансдермални лијек два пута заредом на исто мјесто, провјерити упутство произвођача лијека везано за вријеме које треба да протекне прије него што се трансдермални фластер може апликовати на исто мјесто на кожи);
– за неке лијекове (нпр. скополамин) преферирано мјесто примјене трансдермалног фластера је иза уха;
– прије примјене трансдермалног фластера увијек провјерити да ли је оштећен и ако јесте, не користити га, већ узети нови;



– код скидања или замјене трансдермалног фластера, потребно је пажљиво одвојити рубове, водећи рачуна о томе да прсти не дођу у контакт са лијеком, преклопити фластер напола, спајајући чврсто љепљиве дијелове (на овај начин заостала количина лијека, која може износити и до 60% почетне количине лијека, остаје залијепљена унутар фластера); те пресавијени фластер вратити у фолију задржану приликом отварања фластера и одложити као опасан отпад;
– након скидања трансдермалног фластера, никада га не остављати доступним, нарочито не дјеци или кућним љубимцима код употребе у кућним условима (нпр. спустити на кревет, ноћни сточић или слично док се не залијепи нови фластер);
– уколико лијек који се примјењује трансдермалним путем има утицај на психофизичке способности, приликом управљања моторним возилима и руковања машинама, упозорити пацијента.

Слика 1. Преферирана мјеста за примјену трансдермалног фластера

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Слика 1. Преферирана мјеста за примјену трансдермалног фластера

4.2. Обрасци

Нема.

10 ОКУЛАРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се окуларна примјена лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Окуларна примјена лијека – локална примјена лијека на слузницу ока, најчешће у конјуктивалну кесицу. Ресорпција лијека се одвија кроз епител конјуктивалне кесице, чиме се постиже жељени локални ефекат. Системска ресорпција могућа је уколико лијек путем сузног канала доспије до носне слузнице или ако се користе високе дозе лијека у дужем временском периоду. Облици лијекова намијењени окуларној примјени су капи (раствор/суспензија/емулзија), маст, крема и гел за очи, те офталмолошки инсерти.

2.3. Скраћенице

7П – правило седам П.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну, сигурну и јединствену окуларну примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

– опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

– идентификовати пацијента;
– информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
– провјерити постојање алергије на лијек или састојке лијека;
– уколико пацијент носи контактна сочива, замолити га да их скине док се примијени лијек у око;
– поставити пацијента у сједећи или лежећи положај на леђима.

Материјал и опрема

– терапијска колица/тацна;
– налог/рецепт на ком је прописан лијек;
– прописани лијек;
– папирне марамице;
– нестерилне рукавице за једнократну употребу;
– стерилни тупфери газе;
– посуда са топлом водом;
– стерилна компреса (по потреби);
– хипоалергијски фластер (по потреби);
– бубрежњак.

3.1. Поступак

– примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
– примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
– пацијенту понудити папирне марамице;
– навући нестерилне рукавице;
– тупфером стерилне газе навлаженим топлом водом лагано очистити трепавице и капке од свих нечистоћа, бришући од унутрашњег до спољашњег угла ока на начин да се за сваки покрет користи нови тупфер;
– нагнути главу пацијента уназад и на страну обољелог ока уколико сједи или поставити главу пацијента преко јастука уколико лежи, тако да вишак лијека исцури из угла ока (да би се смањила системска ресорпција преко носне слузнице);
– у доминантну руку узети лијек и рећи пацијенту да гледа нагоре и споља, те да фиксира поглед за неку тачку на плафону;

– у недоминантну руку узети тупфер газе и лагано повући доњи капак према доље и учинити доступном конјуктивалну кесицу (приликом примјене лијека за око код дјеце размакнути оба капка);
– примијенити лијек како је прописано:

Капи за очи:

– укапати прописани број капи под углом од 90˚ у конјуктивалну кесицу, водећи рачуна о томе да се врхом капаљке не дотакне очна јабучица, капци или трепавице, те пустити доњи капак (слика 1);
– објаснити пацијенту да неколико пута трепне и благо затвори очи;
– тупфером газе њежно притиснути унутрашњи угао ока током 30–60 секунди (назолакримална оклузија), како би се спријечила системска ресорпција лијека;

Маст за очи:

– истиснути прописану танку траку масти (отприлике 1 – 1,5 cm) у дно конјуктивалне кесице, од унутрашњег ка спољашњем рубу ока, водећи рачуна о томе да се врхом тубе не дотакне очна јабучица, капци или трепавице, прекинути траку окретањем тубе у страну, те пустити доњи капак (слика 2);
– објаснити пацијенту да благо затвори очи и заколута очима неколико пута иза затворених капака, како би се лијек правилно распоредио;
– чистом папирном марамицом уклонити вишак лијека који је исцурио ван ока, а по потреби, новом чистом марамицом поновити поступак на другом оку;

Гел за очи:

– истиснути једну кап гела за очи у доњу конјуктивалну кесу, водећи рачуна о томе да се врхом тубе не дотакне око, капци или трепавице, те пустити доњи капак;
– објаснити пацијенту да благо затвори очи и заколута очима неколико пута иза затворених капака, како би се лијек правилно распоредио;
– чистом папирном марамицом уклонити вишак лијека који је исцурио ван ока, а по потреби новом чистом марамицом поновити поступак на другом оку;
– објаснити пацијенту да не трља око;
– скинути рукавице, опрати и посушити руке;
– ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
– ако је потребно, стерилну компресу ставити преко затвореног обољелог ока и фиксирати фластером (не лијепити фластер на обрве);
– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– ако је примјењиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;
– ако пацијент наставља да примјењује лијек самостално, објаснити поступак;
– у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, проценијенити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

- увијек провјерити на рецепту/налогу за које око је прописан лијек, јер могу бити прописани различити лијекови или различите дозе лијекова за лијево и десно око (потребно је избјегавати скраћенице OD – десно око, OS – лијево око и OU – свако око, како би се спријечиле грешке у медикацији);
- лијекови за око стерилни су и примјењују се асептичном техником рада;
- избјегавати укапавање капи за очи директно на очну јабучицу;
- капи за очи у форми суспензије обавезно је прије употребе промућкати;
- за примјену капи/масти за очи користити искључиво апликатор (капаљка, врх тубе) који је пакован са лијеком;
- ако лијек у вишедозном паковању има ограничен рок употребе од отварања (нпр. 28 дана), потребно је приликом првог отварања лијека примарно паковање видљиво обиљежити датумом отварања, те потписом медицинске сестре – техничара која је отворила лијек;
- ако је прописано више различитих капи за очи, примјењивати их са размаком од минимално пет минута, да не би дошло до испирања или разрјеђивања претходно датог лијека;
- ако је прописано више од једне дозе масти за очи, друга доза се мора примијенити са размаком од минимално 10 минута;
- ако су прописани и маст и капи за очи, потребно је прво укапати капи, сачекати 20 минута, па примијенити маст;
- ако пацијент носи контактна сочива, може да их врати у очи тек након 20 минута од примјене капи/масти за очи.

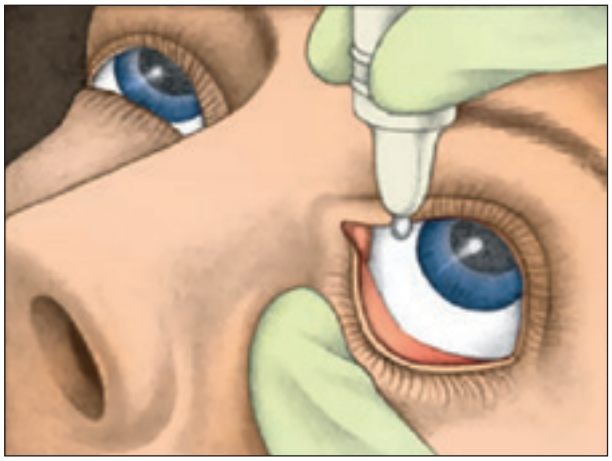
4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

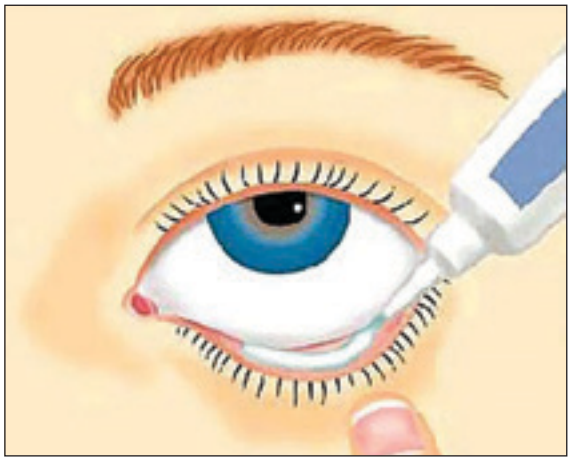
Нема.

4.2. Обрасци

Нема.



Слика 1. Примјена капи за очи



Слика 2. Примјена масти за очи

11 АУРИКУЛАРНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се аурикуларна примјена лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Аурикуларна примјена лијека – локална примјена лијека у спољашни ушни канал у сврху лијечења упале спољашњег ушног канала или средњег уха. Облици лијекова намијењени аурикуларној примјени су капи (раствор/суспензија/емулзија) и маст за уши, а могу бити и крема, гел, те спреј за уши (раствор/суспензија/емулзија).

2.4. Скраћенице

7П – правило седам П.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну, сигурну и јединствену аурикуларну примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
- провјерити постојање алергије на лијек или на састојке лијека;
- поставити пацијента у сједећи или лежећи положај.

Материјал и опрема

- колица за терапију/тацна;
- налог/рецепт на ком је прописан лијек;
- прописани лијек;
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- тупфери вате;
- посуда са топлом водом;
- бубрежњак.

3.1. Поступак

- примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „Сигурна примјена лијека";
- примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром „Сигурна примјена лијека";
- навући нестерилне рукавице;
- тупфером газе навлаженим топлом водом лагано очистити спољашњи ушни канал од свих нечистоћа;
- главу пацијента нагнути на страну уколико сједи или поставити главу здравим ухом надоље уколико лежи, тако да је ухо које се третира окренуто нагоре (мала дјеца сједе у крилу родитеља који им придржава главу);
- у доминантну руку узети лијек;
- исправити ушни канал пацијента на начин да се недоминантном руком пажљиво повуче ушна шкољка одраслог пацијента према назад и нагоре, а код дјеце млађе од три године повуче ушна шкољка назад и надоље (слика 1);
- примијенити лијек како је прописано:

Капи за уши:

- укапати прописани број капи тако да клизе страном ушног канала (не директно на бубну опну), водећи рачуна о томе да се врхом капаљке не додирује спољашњи ушни канал и ушна шкољка, те пустити ушну шкољку;
- замолити пацијента да држи главу нагнуту у страну минимално пет минута да би се лијек спустио дубље у ушни канал;
- њежно притиснути трагус неколико пута;
- ако је ординирано, тупфере вате пажљиво ставити у ухо, на улазу у канал;
- ако је ординирано, након 10 минута провести поступак на другом уху;

Маст за уши:

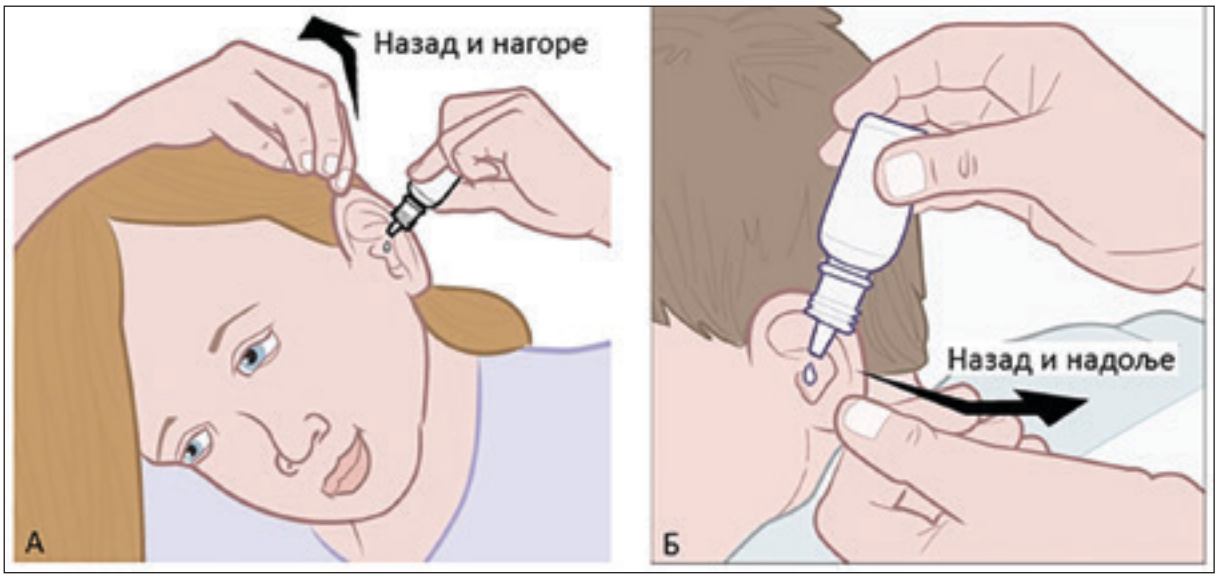
- истиснути прописану танку траку масти (отприлике 1 – 1,5 cm) у ушни канал, водећи рачуна о томе да се врхом тубе не додирује спољашњи ушни канал и ушна шкољка, те прекинути траку окретањем тубе у страну и пустити ушну шкољку;

- ако је ординирано, тупфере вате пажљиво ставити у ухо, на улазу у канал;
- ако је ординирано, након 10 минута провести поступак на другом уху;

– скинути рукавице, опрати и посушити руке;
– ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– ако је примјенљиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;
– ако пацијент наставља да примјењује лијек самостално, објаснити поступак;
– у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, процијенити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

– примјена лијека у ухо контраиндикована је код пацијената који имају перфорирану бубну опну, али се у тим ситуацијама одређени лијекови могу примјењивати асептичном техником рада;
– да би се избјегле нежељене реакције (вртоглавица, мучнина, бол), које могу настати укапавањем капи за уши које су хладне, потребно је прије примјене загријати капи, држећи примарно паковање лијека два до три минута у руци (никада не загријавати капи у топлој води без контроле температуре!);
– капи за уши у форми суспензије обавезно је прије употребе промућкати;
– за примјену капи/масти за уши користити искључиво апликатор (капаљка, врх тубе) који је пакован са лијеком;
– ако лијек у вишедозном паковању има ограничен рок употребе од отварања (нпр. 28 дана), потребно је приликом првог отварања лијека примарно паковање



Слика 1. Постављање пацијента у положај за примјену лијека у ухо А) одрасли, Б) дјеца

видљиво обиљежити датумом отварања, те потписом медицинске сестре – техничара која је отворила лијек
- ако су прописани и маст и капи за уши, потребно је прво ставити капи.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

12 НАЗАЛНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се назална примјена лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Назална примјена лијека – локална примјена лијека на слузницу носа у циљу лијечења алергија, назалне конгестије и синусних инфекција. Ресорпција лијека одвија се кроз епител назалне слузнице. Системска ресорпција могућа је уколико се користе високе дозе лијека у дужем временском периоду. Облици лијекова намијењени назалној примјени су капи (раствор/суспензија/емулзија), маст, крема, гел, прашак, те спреј за нос (раствор/суспензија/емулзија).

2.2 Скраћенице

7П – правило седам П.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну, сигурну и јединствену назалну примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;

– спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

– опрати, посушити и дезинфиковати руке.

Пацијент

– идентификовати пацијента;
– информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
– провјерити постојање алергије на лијек или састојке лијека;
– код примјене капи и масти за нос, поставити пацијента у сједећи или лежећи положај на леђима са главом лагано забаченом уназад, како би се спријечило цурење лијека низ грло (мала дјеца сједе у крилу родитеља/старатеља који им придржава главу);
– код примјене спреја, поставити пацијента у сједећи положај (евентуално Фовлеров положај – полусједећи положај са торзом и главом уздигнутим за 45–60˚);
– понудити пацијенту папирне марамице и замолити га да, ако може, издува нос;
– ако пацијент не може сам издувати нос, навући рукавице, очистити доступни секрет из носа штапићем за нос навлаженим физиолошким раствором;
– ако секрет није могуће одстранити на наведени начин, аспирирати га из носа аспиратором.

Материјал и опрема

– колица за терапију/тацна;
– налог/рецепт на ком је прописан лијек;
– прописани лијек;
– папирне марамице;
– нестерилне рукавице за једнократну употребу;
– ватирани штапићи;
– физиолошки раствор (по потреби);
– аспиратор (по потреби);
– тупфери вате или газе (по потреби);
– дезинфекционо средство (по потреби);
– бубрежњак.

3.1 Поступак

– примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
– примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто

чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром *„Сигурна примјена лијека"*;

- навући нестерилне рукавице;
- у доминантну руку узети лијек;
- примијенити лијек како је прописано:

Капи за нос:

- замолити пацијента да издахне;
- недоминантном руком подићи врх пацијентовог носа;
- држећи капаљку око један cm изнад изнад носнице укапати прописани број капи усмјеравајући капаљку нагоре и према оку пацијента, а не надоље према његовом уху (слика 1) и водећи рачуна о томе да се врхом капаљке не додирује носница;
- замолити пацијента да дише кроз уста (како би се спријечила аспирација лијека);
- ако је прописано, поновити поступак и у другој носници;
- објаснити пацијенту да држи главу забачену уназад два до три минута и упозорити га да не издувава нос барем 20 минута;

Маст / крема / гел за нос:

- замолити пацијента да дише кроз уста (како би се спријечила аспирација лијека);
- на ватирани штапић нанијети прописану количину масти/креме/гела (отприлике 0,5 – 1 cm);
- недоминантном руком подићи врх пацијентовог носа;
- врло опрезно кружним покретима премазати слузницу носнице;
- ако је прописано, поновити поступак и у другој носници;

Спреј за нос:

- замолити пацијента да издахне и затвори очи;
- прстом недоминантне руке притиснути једну носницу, а доминантном руком врх распршивача ставити унутар отворене носнице држећи спреј усправно (слика 2) и водећи рачуна о томе да се врхом распршивача не додирује носница;
- замолити пацијента да удахне кроз нос и истовремено са удахом притиснути распршивач и ушприцати лијек у носницу,
- замолити пацијента да издахне кроз уста;
- ако је прописано, поновити поступак и у другој носници;
- објаснити пацијенту да држи главу забачену уназад два до три минута и упозорити га да не издувава нос барем 20 минута;
- тупфером вате или газе натопљеним дезинфекционим средством обрисати врх распршивача који је био у носу;
- по потреби, након примјене лијека, папирном марамицом обрисати вишак лијека са пацијентових носница и лица;
- скинути рукавице, опрати и посушити руке;
- ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;

– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– ако је примјенљиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;
– ако пацијент наставља да примјењује лијек самостално, објаснити поступак;
– у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, проценити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

– капи за нос у форми суспензије обавезно је прије употребе промућкати;
– за примјену капи/масти за нос користити искључиво апликатор (капаљка, врх тубе) који је пакован са лијеком;
– ако лијек у вишедозном паковању има ограничен рок употребе од отварања (нпр. 60 дана), потребно је приликом првог отварања лијека примарно паковање видљиво обиљежити датумом отварања, те потписом медицинске сестре – техничара која је отворила лијек.

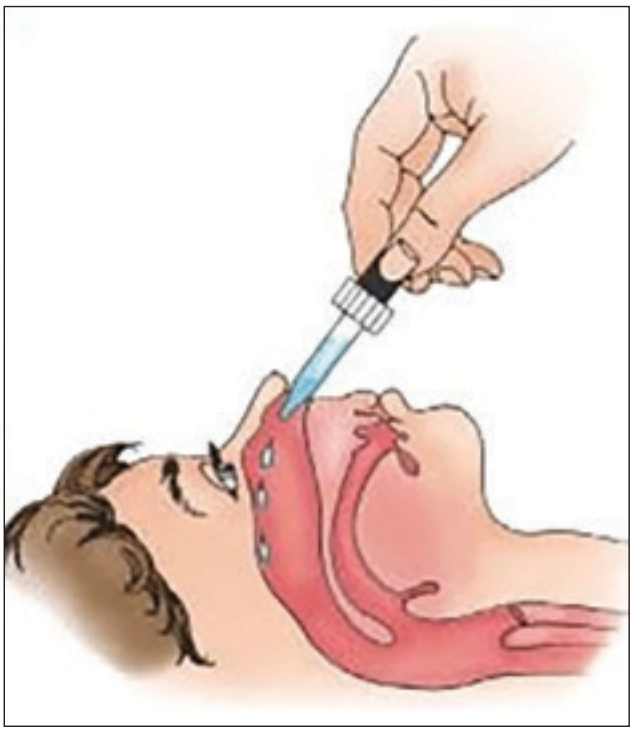
4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.



Слика 1. Примјена капи за нос

Слика 2. Примјена спреја за нос

13 ИНХАЛАЦИОНА ПРИМЈЕНА ЛИЈЕКА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се инхалациона примјена лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Инхалациона примјена лијека – локална примјена лијека на слузницу респираторног тракта уношењем лијека у плућа или нос појединачним или дуготрајним удисањем (инхалација). Облици лијекова намијењених инхалационој примјени су раствор/суспензија/емулзија за распршивање, раствор/суспензија/емулзија за инхалирање под притиском, прашак за инхалирање, те гас за инхалирање.

Инхалатор (небулизатор) – механички или ултразвучни апарат који течни лијек претвара у аеросол.

Инхалер аеросола или распршивач фиксних доза (metered-dose pressurised inhaler, MDI**)** – инхалер са потисним гасом.

Инхалер сувог праха или распршивач прашкастог лијека (dry powder inhaler, DPI) – инхалер без потисног гаса, који може бити једнодозни, вишеструко једнодозни и вишедозни.

2.2. Скраћенице

7П – правило седам П.

MDI *(metered-dose pressurised inhaler)* – инхалер аеросола или распршивач фиксних доза.

DPI *(dry powder inhaler)* – инхалер сувог праха или распршивач прашкастог лијека.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну, сигурну и јединствену инхалациону примјену лијека.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;

– спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

– опрати, посушити и дезинфиковати руке, ставити маску на лице.

Пацијент

– идентификовати пацијента;
– информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
– провјерити постојање алергије на лијек или састојке лијека;
– поставити пацијента у сједећи положај (мала дјеца сједе у крилу родитеља).

Материјал и опрема

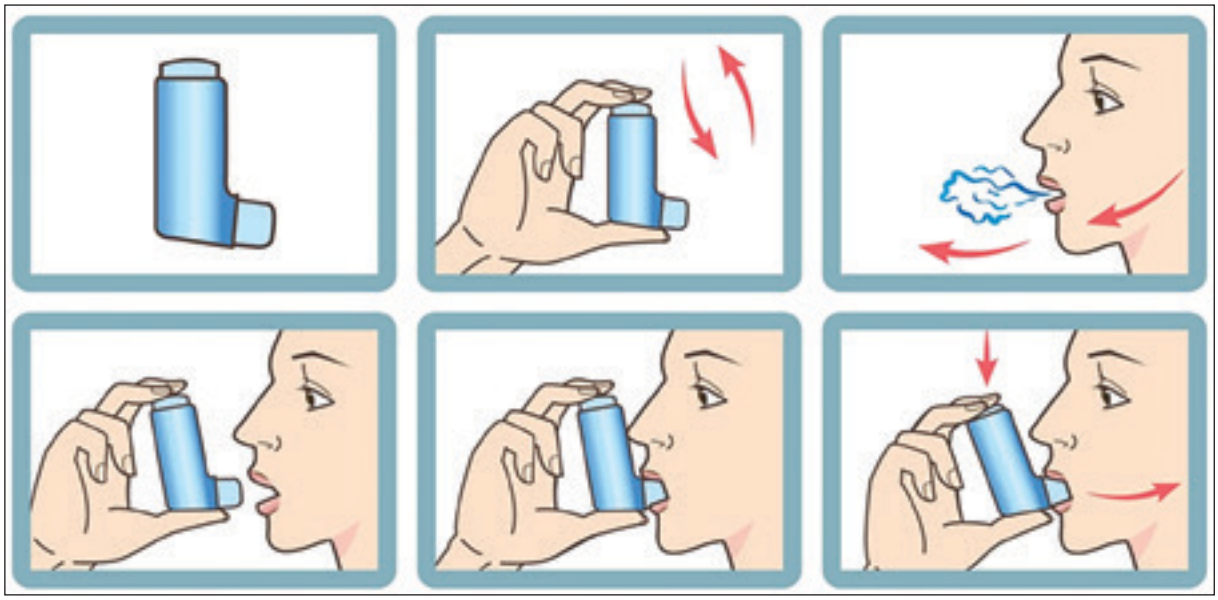
– терапијска колица/тацна;
– налог/рецепт на ком је прописан лијек;
– прописани лијек;
– инхалатор и инхалацијски систем и маска одговарајуће величине;
– физиолошки раствор (0,9% NaCl);
– инхалери (MDI, DPI);
– комора за инхалацију (по потреби);
– дестилована вода;
– нестерилне рукавице за једнократну употребу;
– чаша воде;
– целштоф;
– дезинфекционо средство;
– бубрежњак.

3.1. Поступак

– примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
– примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром „*Сигурна примјена лијека*“;
– примијенити лијек како је прописано:

Путем инхалатора (небулизатора)

– припремити инхалатор у складу са упутством произвођача;
– у дозер инхалатора сипати лијек у прописаној дози (уколико је прописано, додати и средство за разрјеђивање, најчешће 0,9% NaCl);
– осигурати да је дозер са лијеком повезан са маском за лице и да је цријево инхалатора повезано са компресором ваздуха;

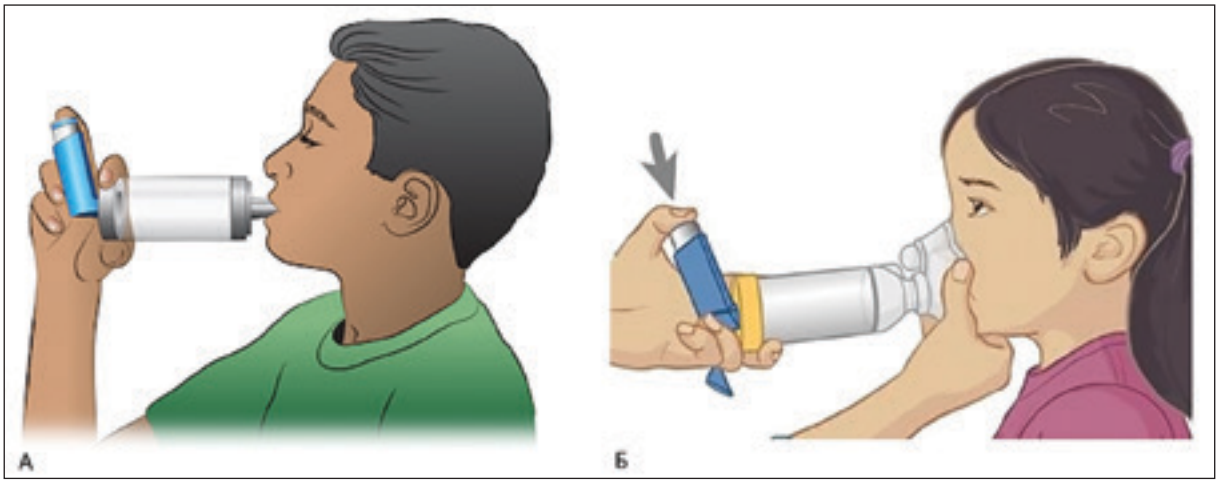


Слика 1. Примјена класичног *MDI* инхалера (пумпица)

- поставити маску на лице пацијента тако да прекрива нос и уста;
- укључити инхалатор;
- објаснити пацијенту да полако и дубоко удише, охрабрити га да направи кратку паузу од двије до три секунде на крају удаха, а потом да пасивно издахне ваздух;
- понављати поступак док год се не потроши сав лијек у дозеру и више нема видљиве паре (уобичајено трајање поступка је осам до десет минута);
- све вријеме контролисати ток инхалације, пратити опште стање пацијента и евентуалне промјене пријавити доктору медицине;
- послије завршене инхалације, искључити инхалатор и пажљиво скинути маску са пацијентовог лица;

Путем класичног *MDI* инхалера (пумпице)

- скинути заштитни поклопац инхалера и два до три пута снажно протрести резервоар инхалера (слика 1);
- држати инхалер усправно у доминантној руци;
- ставити наставак за уста инхалера између усана и зуба пацијента, а пацијенту објаснити да затвори усне око наставка;
- пацијенту објаснити да дубоко удахне и лагано издахне ваздух, али никад у инхалер;
- пацијенту објаснити да држи инхалер између палца на дну инхалера и кажипрста и средњег прста на врху инхалера;
- пацијенту објаснити да лагано забаци главу, удахне дубоко и споро и истовремено притисне резервоар инхалера, потом да настави дубоку и спору инхалацију до краја и да задржи дах пет до десет секунди;
- уклонити инхалер док пацијент лагано издише ваздух кроз нос или стиснуте усне;
- уколико се доза понавља, сачекати један до два минута и поновити наведене кораке;



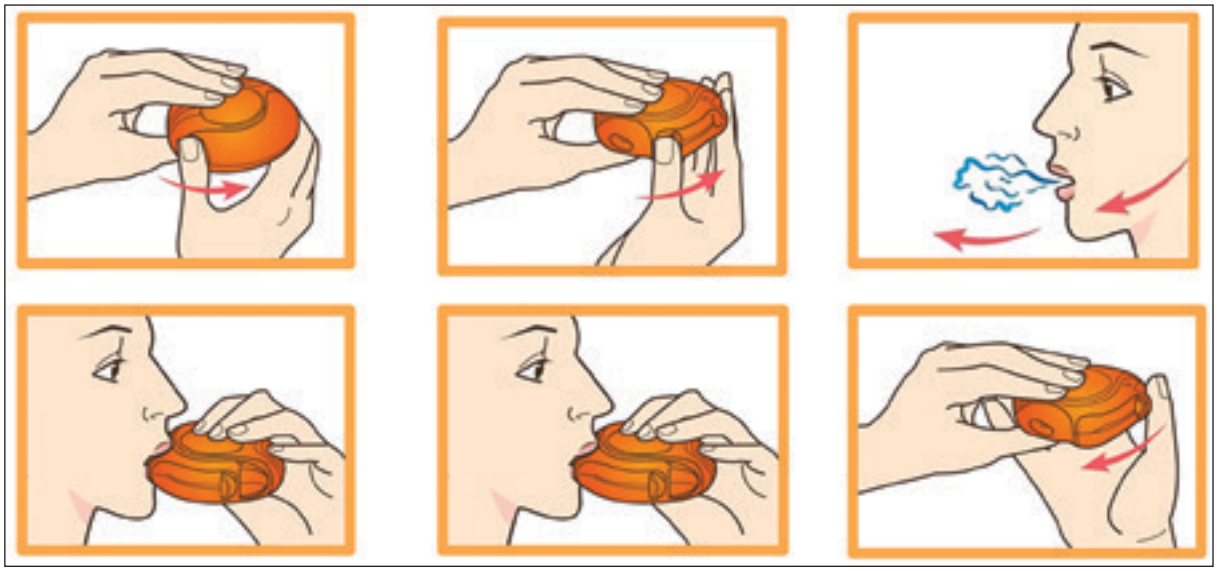
Слика 2. Примјена *MDI* инхалера са комором за инхалацију и А) усним наставком, Б) маском за лице

Путем класичног *MDI* инхалера (пумпице) са комором за инхалацију

- скинути заштитни поклопац инхалера и два до три пута снажно протрести резервоар инхалера;
- поставити *MDI* инхалер у отвор коморе за инхалацију;
- ставити наставак за уста коморе за инхалацију између усана и зуба пацијента, а пацијенту обаснити да затвори усне око наставка. Ако се користи маска за лице, ставити је преко носа и уста тако да добро приања (слика 2);
- пацијенту објаснити да дише нормално;
- пацијенту објаснити да притисне резервоар са лијеком и на тај начин потиснути лијек у комору;
- пацијенту објаснити да удахне дубоко и споро у трајању од пет секунди, а да потом задржи дах на крају удаха у трајању од 10 секунди;
- уколико се понавља доза истог лијека, сачекати минимално 30 секунди између инхалација;
- уколико се примјењује више лијекова, сачекати двије до пет минута између инхалација;

Путем *DPI* инхалера (Diskus®)

- отворити поклопац инхалера, у једној руци држати ваљско кућиште, а палац друге руке ставити на лежиште за палац (слика 3);
- потискивати палац од себе док се потпуно не отвори диск (док се не чује „клик“, када је инхалер спреман за употребу);
- пацијенту објаснити да лагано издахне ваздух, али никада у инхалер;
- држати инхалер хоризонтално и ставити отвор инхалера између усана и зуба пацијента, а пацијенту објаснити да затвори усне око наставка;
- пацијенту објаснити да снажно, брзо и дубоко удахне, притом да не дише кроз нос;
- пацијенту објаснити да одмакне инхалер од уста и да задржи дах пет до десет секунди, а потом полако издахне;
- затворити диск на начин да се палац стави на лежиште и вуче према себи док се не чује „клик“;



Слика 3. Примјена DPI инхалера (Diskus®)

  - уколико се доза понавља, сачекати један до два минута и поновити наведене кораке;
- након завршеног третмана, објаснити пацијенту да испере уста и гргља чистом млаком водом око два минута;
- опрати и посушити руке;
- ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- ако је примјенљиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;
- ако пацијент наставља да примјењује лијек самостално, објаснити поступак;
- у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, процијенити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

- неки лијекови се могу мијешати у дозеру инхалатора. Увијек провјерити упутство произвођача за дати лијек;
- уколико пацијент поред бронходилататора користи и инхалаторне кортикостероиде, прво се примјењује инхалација бронходилататором, па након пет минута инхалација кортикостероидима;
- пацијенту нагласити важност адекватне хигијене усне дупље због честих гљивичних инфекција код пацијената чија инхалаторна терапија укључује кортикостероиде;
- ако лијек у вишедозном паковању има ограничен рок употребе од отварања (нпр. 28 дана), потребно је приликом првог отварања лијека примарно паковање видљиво обиљежити датумом отварања, те потписом медицинске сестре –техничара која је отворила лијек;
- због разноврсности дизајна и начина употребе инхалера и инхалатора, увијек је потребно прочитати упутство произвођача о правилној употреби инхалера или инхалатора прије употребе.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

14 ПРИМЈЕНА ОКСИГЕНОТЕРАПИЈЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се примјена оксигенотерапије.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Оксигенотерапија – примјена кисеоника у концентрацији већој од концентрације у ваздуху (21%), како би се постигли нормални или приближно нормални нивои сатурације кисеоником, а у сврху спречавања или смањивања хипоксије ткива.

Извори кисеоника – зидна јединица (у болничким условима), боца са кисеоником под притиском (у здравственим установама и кућним условима), концентратор кисеоника и резервоар течног кисеоника (у кућним условима).

Системи за примјену кисеоника – системи којима се кисеоник из извора допрема до пацијента. Врсте: назални катетер, обична маска, маска са дјелимичним поновним удисањем, маска без поновног удисања, Вентури маска и други.

Пулсни оксиметар – уређај којим се утврђује засићеност хемоглобина кисеоником у артеријској крви и фреквенција пулса.

2.2. Скраћенице

7П – правило седам П.

FiO2 – концентрација кисеоника у удахнутом ваздуху написана као фракција од 1 (нпр. 40% кисеоника = 0,40 FiO2);

PaO2 – парцијални притисак кисеоника у артеријској крви, изражава се у kPa или mmHg;

l/min – брзина протока кисеоника изражена у литрама по минути.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну, сигурну и јединствену примјену оксигенотерапије.

Мјере предострожности

- лијек припремати у мирном окружењу, без ометања, избјегавајући разговор;
- припремати лијекове само за једног пацијента одједном;
- увијек лично припремити лијек и непосредно након припреме примијенити га на пацијенту;
- провјерити рок употребе / рок трајања лијека;
- спровести потребне циљане процјене прије примјене лијека (нпр. провјерити лабораторијске вриједности, виталне знакове и слично).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке, ставити маску на лице.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и дозволити питања;
- поставити пацијента у сједећи положај;
- понудити пацијенту папирне марамице и замолити га да, ако може, издува нос;
- код примјене назалног катетера, провјерити стање носне слузнице, ако је оштећена, мијењати приступ примјене кисеоника.

Материјал и опрема

- налог/рецепт на ком је прописан лијек;
- извор кисеоника (боца са кисеоником / концентратор / течни кисеоник);
- сталак за боцу са кисеоником;
- кључ за боцу са кисеоником;
- регулатор протока и притиска кисеоника (са манометром) за боцу са кисеоником;
- прикључак за повезивање извора и система за примјену кисеоника;
- систем за примјену кисеоника (назални катетер / обична маска);
- боца за овлаживање кисеоника (по потреби);
- стерилна дестилована вода / дестилована вода у кућним условима (по потреби);
- папирне марамице;
- тупфери газе (по потреби);
- трака за учвршћивање катетера или маске;
- дезинфекционо средство;
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- бубрежњак.

3.1 Поступак

- примијенити правило 7П (прави пацијент, прави лијек, права доза, право вријеме, прави пут примјене, прави разлог, права документација) за сваки прописани лијек појединачно, у складу са процедуром „Сигурна примјена лијека“;
- примијенити правило три провјере лијека (провјерити податке наведене на секундарном/примарном паковању лијека са називом, дозом и путем примјене лијека прописаног на налогу/рецепту када се лијек узима са мјеста чувања, када

се припрема прописана доза лијека, прије враћања остатка лијека на мјесто чувања или прије одлагања празне амбалаже лијека у отпад), у складу са процедуром „Сигурна примјена лијека“;

- провјерити дозу (брзину протока или FiO2 и титрацију брзине протока кисеоника да би се постигао прихватљив распон вриједности PaO2, нпр. 88–92%, или друга циљна вриједност), вријеме, пут и начин (назални катетер, маска) примјене кисеоника прописаног на налогу/рецепту;
- код прве употребе боце са кисеоником, на боцу намонтирати регулатор протока и притиска кисеоника, те их затегнути помоћу кључа (слика 1);
- по потреби, намонтирати боцу за овлаживање кисеоника у коју је претходно насута стерилна дестилована вода (или дестилована вода у кућним условима) између ознаке *min* и *max*;
- одврнути главни вентил на боци помоћу кључа;
- пратити пораст притиска кисеоника на манометру (ако казаљка показује мање од ¼ на скали, боца се сматра празном и мора се замијенити);
- спојити назални катетер или маску помоћу дисталног краја катетера на систем;
- провјерити да ли су катетери чврсто повезани и да нису блокирани или савијени;
- провјерити да ли су регулатор притиска и протока кисеоника добро затегнути и да кисеоник случајно негдје „не цури“;
- подешавањем регулатора протока намјестити прописани проток кисеоника на мјерачу протока кисеоника (l/min);
- провјерити проходност система стављајући врхове катетера на надланицу или подлактицу (осјети се излазак ваздуха уколико је систем проходан);
- опрати, посушити и дезинфиковати руке, навући нестерилне рукавице;
- примијенити кисеоник како је прописано:

Путем двоструког назалног катетера

- врхове назалног катетера намјестити у носнице пацијента тако да у сваку носницу улази по 1–2 cm цјевчица;
- продужетак назалног катетера ставити иза оба уха и под браду болесника, те причврстити оба крака катетера помичном омчом која је на цијеви катетера (избјегавати сувише чврсто фиксирање јер може да се проузрокује додатни притисак на лице);
- објаснити пацијенту да дише нормално на нос;

Путем обичне маске:

- поставити маску на лице пацијента тако да прекрива нос и уста и добро пријања уз лице;
- причврстити еластичну траку око главе да маску држи чврсто али удобно преко образа, браде и коријена носа;
- код пацијената старије животне доби или пацијената са упалим образима, потребно је за маску залијепити тампоне од газе над површином образа да се добије непропусно дихтовање;

- пратити проток кисеоника на мјерачу протока, опште стање пацијента, те PaO2 путем пулсног оксиметра и евентуалне промјене пријавити доктору медицине;

- након примјене кисеоника, пажљиво скинути назални катетер или маску са лица пацијента и одложити их као инфективни отпад (код интермитентне примјене кисеоника, потребно је исте механички опрати, дезинфиковати и посушити);
- затворити главни редукциони вентил, те вентил регулатора протока кисеоника окретањем у смјеру казаљке на сату;
- уколико је коришћена, из боце за овлаживање кисеоника потребно је просути сву преосталу дестиловану воду, а потом боцу механички опрати, дезинфиковати и посушити;
- скинути рукавице, опрати и посушити руке;
- ако је потребно, смјестити пацијента у одговарајући положај;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- ако је примјенљиво, извршити потребне процјене након примјене лијека (нпр. виталне знакове) и евидентирати их;
- ако пацијент наставља да примјењује лијек самостално, објаснити поступак;
- у случају појаве нежељене реакције лијека, зауставити даљу примјену лијека, процијенити виталне знакове пацијента, обавијестити доктора медицине који је прописао лијек и евидентирати спроведени поступак.

Посебне напомене

- кисеоник потпомаже горење – употреба отвореног пламена (ватра, упаљач, плински шпорет) или пушење није дозвољено у близини опреме за оксигенотерапију; извор топлоте мора бити удаљен минимално 1,5 m од система за допремање кисеоника; потребно је избјегавати употребу апарата који могу изазвати искру у близини система за допремање кисеоника (нпр. електрични бријач уколико пацијент има назални катетер);
- течни кисеоник у додиру са запаљивим материјалом представља потенцијалну опасност од експлозије – уља и производи на бази петролеја (који често улазе у састав крема и лосиона) не смију се користити у близини лица пацијента на оксигенотерапији; редукциони вентили металних цилиндара са кисеоником под притиском морају бити ослобођени свих наслага уља и масти, а руке руковаоца чисте и суве, да не би дошло до експлозије;
- извори кисеоника треба да буду атестирани, пуњени и одржавани искључиво од стране овлаштених сервиса;
- боце са кисеоником под притиском морају бити обиљежене видљиво истакнутим наљепницама са подацима о садржају, запремини, притиску, датуму пуњења кисеоника, те датуму истека рока трајања;
- боце са кисеоником потребно је чувати осигуране од пада и од механичког оштећења, у усправном положају, причвршћене за зид или сталак за боцу металним или кожним држачима;
- приликом употребе боце са кисеоником, главни вентил треба да се отвори до краја, а затим врати до половине. Уколико вентил остане отворен до краја, то може довести у заблуду да је затворен, а сваки покушај да се форсирањем отвори може довести до оштећења вентила;

– употреба концентратора кисеоника у кућним условима захтијева електричну енергију;
– у акутним и хитним стањима најбоље је користити једнократне маске за примјену кисеоника, и након употребе одбацити их као инфективни отпад; уколико то није могуће, потребно је досљедно примјењивати процедуре чишћења, деконтаминације и стерилизације медицинских средстава;
– системе за примјену кисеоника намијењене за дужу употребу у кућним условима потребно је мијењати недјељно или кад су видљиво запрљани (двоструки назални катетер), односно на сваких 12 сати (једноструки назални катетер);
– овлаживање кисеоника код одраслих пацијената не користи се рутински уколико је потребан проток 4 l/min и мање, док је приликом сваке примјене кисеоника путем назалног катетера код педијатријских пацијената потребно вршити овлаживање кисеоника;
– за овлаживање кисеоника користи се стерилна дестилована вода, а у кућним условима дозвољено је коришћење дестиловане воде (која није стерилна);
– прије сваке употребе, у боцу за овлаживање кисеоника потребно је сипати нову стерилну дестиловану воду (није допуштено допуњавање преостале воде новом водом!);
– уколико пацијент прима кисеоник дуже од 24 часа, у концентрацији већој од 60%, пажљиво пратити знакове евентуалног тровања кисеоником (проблеми са дисањем, визинг, конфузија, дезоријентација, бол у грудима...).

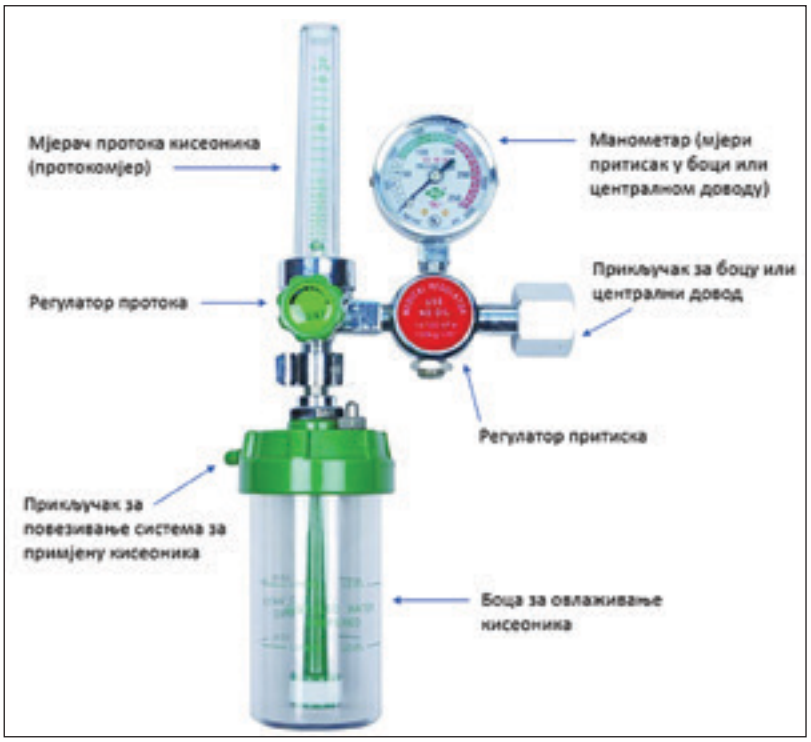
4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.



Слика 1. Додаци који се монтирају на боцу са кисеоником или централни довод кисеоника

V. ДИО

ДИЈАГНОСТИЧКО-ТЕРАПИЈСКИ ПОСТУПЦИ

1 ПОСТУПАК СНИМАЊА ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА

2 УСПОСТАВЉАЊЕ ПЕРИФЕРНОГ ВЕНСКОГ ПУТА

3 ПРЕВЕНЦИЈА И ЊЕГА ДЕКУБИТУСА

4 ОБРАДА И ПРЕВИЈАЊЕ РАНЕ И ЛАКШИХ ОПЕКОТИНА

5 ТРЕТМАН УЛКУСА ДИЈАБЕТЕСНОГ СТОПАЛА

6 ЊЕГА ОСТОМИЈА

7 ТОАЛЕТА ТРАХЕОСТОМЕ

8 ПЛАСИРАЊЕ, ТОАЛЕТА И ДЕПЛАСИРАЊЕ УРИНАРНОГ КАТЕТЕРА КОД ЖЕНА

9 ИСПИРАЊЕ УХА

10 ПОСТАВЉАЊЕ ФИКСАЦИЈСКОГ ЗАВОЈА

11 ПОСТУПЦИ ИМОБИЛИЗАЦИЈЕ

1 ПОСТУПАК СНИМАЊА ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинисан је поступак снимања електрокардиограма.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Електрокардиографија – неинвазивни дијагностички поступак регистровања електричних потенцијала које срце производи својим радом. Електрични потенцијали срца се помоћу електрокардиографа појачавају и преносе на папир као електрокардиограм, односно као ЕКГ кривуља. Стандардни електрокардиограм састоји се од 12 одвода, три стандардна, три униполарна и шест прекордијалних.

2.2. Скраћенице

ЕКГ – електрокардиографија.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилно извођење поступка снимања ЕКГ и технички исправан запис.

Мјере предострожности

- провјерити техничку исправност апарата;
- отклонити све факторе који могу да ометају исправност ЕКГ-а: напетост мускулатуре, електрична прашина, контакт са металом, лош контакт електрода са кожом, као у случају мањавости, полуодлијепљене електроде, додиривања пацијента у току израде ЕКГ и слично;
- да би се добио технички исправан запис, електроде не постављати на коштане структуре.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке и навући нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- осигурати приватност;
- намјестити пацијента у лежећи положај;
- ослободити грудни кош и екстремитете од одјеће,
- урадити бријање грудног коша ако је изражена мањавост;

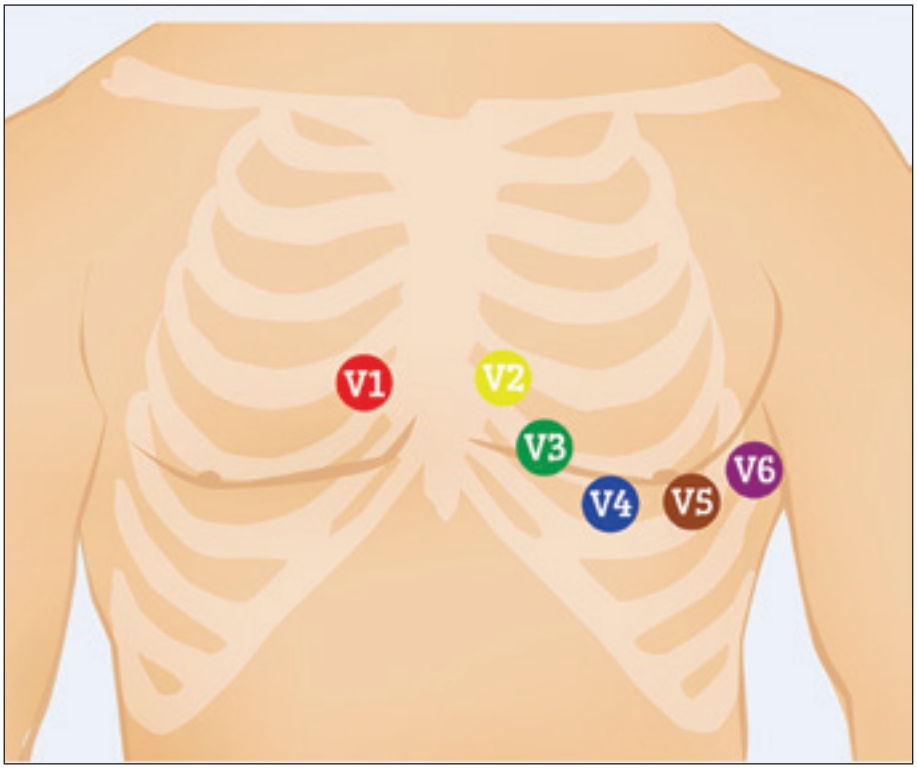
– мјеста постављања електрода навлажити електропроводним гелом.

Материјал и опрема

– параван;
– покретна колица;
– ЕКГ апарат;
– контактни гел;
– прибор за бријање (за једнократну употребу);
– нестерилне рукавице за једнократну употребу;
– папирна вата – целштоф за брисање гела;
– бубрежњак.

3.1. Поступак

– пацијента намјестити у положај на леђа, ослободити грудни кош и екстремитете од одјеће;
– премазати контактним гелом унутрашње стране подлактица и поткољеница на мјестима гдје се постављају електроде;
– помоћу држача електроде поставити на обје руке и ноге тако да се метални дио држача налази на унутрашњој страни доње трећине подлактице и поткољенице и да има добар контакт с кожом;
– на држач десне руке спојити **црвену** електроду с ознаком R;
– на држач лијеве руке спојити **жуту** електроду с ознаком L;
– на држач лијеве ноге спојити **зелену** електроду с ознаком F;
– на држач десне ноге спојити **црну** електроду с ознаком N;
– грудни кош навлажити контактним гелом, гдје ће се поставити прекордијалне електроде (слика 1);
– V1 (**црвена**) – четврти интеркостални простор два прста од стернума десно;
– V2 (**жута**) – четврти интеркостални простор два прста од стернума лијево;
– V3 (**зелена**) – на средини линије између V2 и V4;
– V4 (**смеђа**) – пети интеркостални простор, лијево један прст медијално од медиоклавикуларне линије;
– V5 (**црна**) – пети интеркостални простор, лијево у предњој аксиларној линији;
– V6 (**љубичаста**) – пети интеркостални простор, лијево у предњој аксиларној линији;
– прије почетка снимања потребно је електронским уносом уписати податке о пацијенту: име и презиме, годиште, датум и вријеме снимања (уколико нема електронског уноса, након завршеног снимања наведене податке написати ручно на ЕКГ запису);
– прије почетка снимања замолити пацијента да се опусти и да нормално дише;
– снимање ЕКГ проводити поштујући упутства за руковање уређајем;
– након снимања угасити апарат, скинути електроде са екстремитета и грудног коша пацијента, папирном ватом – целштофом обрисати гел и обући пацијента или му помоћи да то уради сам;



Слика 1. Постављање прекордијалних електрода

- електроде и пумпице се након снимања обришу од контактног гела и пребришу дезинфекционим средством;
- послије снимања збринути пацијента;
- скинути рукавице, одложити их на прописан начин и опрати руке;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- евидентирати спроведену активност.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

2 УСПОСТАВЉАЊЕ ПЕРИФЕРНОГ ВЕНСКОГ ПУТА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак правилног и сигурног успостављања венског пута пласирањем интравенске каниле.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

i. v. канила – интравенска канила

G – Гејџ

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилан, сигуран и јединствен начин успостављања периферног венског пута.

Мјере предострожности

- избјегавати пласирање интравенске каниле у вене које су при палпацији тврде, кврге, нееластичне или вене у близини зглобова, мјеста на кожи са промјенама (нпр. младеж), мјеста гдје је компромитована циркулација;
- изабрати интравенску канилу која одговара лумену крвног суда и врсти намјене;
- пласирати интравенску канилу у равне вене подлактице недоминантне руке;
- избјегавати пласирање интравенске каниле у вене ноге и стопала због високог ризика за настанак емболије, тромбозе и код пацијената са дијабетесом;
- интравенска канила се не смије пласирати у екстремитете са AV фистулом и лимфедемом;
- кожу прије пласирања каниле дезинфиковати и оставити да се осуши у трајању 30–60 секунди како би се избјегло пецкање приликом пласирања;
- никада не враћати иглу у пластични дио каниле, јер се при том може откинути фрагмент пластике који у крвотоку може узроковати плутајући емболус;
- интравенска канила се уклања одмах након примјене или се, зависно од врсте примјене, мијења у периоду 12–96 сати;
- интравенску канилу испирати искључиво физиолошким раствором (0,9% NaCl), уз претходно обавезну аспирацију;
- испирати интравенску канилу одмах након пласирања, прије и након примјене инфузионог раствора или инјекције, прије или након вађења крви и сваки дан (свака 24 часа), ако није коришћена;
- интравенску канилу обавезно уклонити ако не постоји даља потреба за примјеном;
- послије два неуспјешна покушаја пласирања интравенске каниле треба да се затражи помоћ колеге;
- све контактне површине интравенске каниле обавезно механички пребрисати дезинфекционим средством и оставити да се посуше у трајању од најмање 15 секунди, и то прије испирања 0,9% физиолошким раствором, прије аплицирања инфузије или инјекције.

Канила	Боја	Гејџ	Спољни промјер [mm]	Дужина [mm]	Проток течности [ml/min]	Примјена
	Наранџаста	14G	2.0	50	270	Критично обољели/ повријеђени, брзе надокнаде течности, колоиди, трансфузија
	Сива	16G	1.7	50	180	Као и 14G > 5 l/24 h
	Зелена	18G	1.2	45	90	Трансфузије, већи волумени течности, ТПИ, 2–5 l/24 h
	Роза	20G	1.0	33	60	2–3 l/24 h, већи волумени течности и трансфузија
	Плава	22G	0.8	25	30	Већина лијекова и течности, онкологија, педијатрија, 1–2 l/24 h
	Жута	24G	0.7	19	20	Већина лијекова, краће инфузије, осјетљиве ране, педијатрија 1 l/24 h
	Љубичаста	26G	0.7	19	15	Неонатологија

Слика 1. – Врсте интравенских канила

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- намјестити пацијента у одговарајући положај и осигурати приватност;
- обавити детекцију вене на у коју ће се пласирати интравенска канила.

Материјал и опрема

- тацна или колица;
- интравенске каниле одговарајуће величине (слика 1);
- рукавице за једнократну употребу;
- заштитна компреса или папирна вата;
- Есмархова повеска;
- тупфери вате;
- средство за дезинфекцију коже;
- леукопласт;

– стерилна бризгалица од два или пет милилитара са физиолошким раствором (0,9% NaCl);
– бубрежњак;
– посуде за одлагање оштрих предмета и инфективног отпада.

3.1. Поступак

– изабрати величину интравенске каниле у складу са величином одабране вене, учесталости, врстом и трајањем примјене интравенозне терапије;
– положити руку на равну и чврсту подлогу и поставити заштитну компресу или папирну вату испод руке болесника;
– поставити Есмархову повеску 10–15 cm изнад мјеста предвиђеног за пласирање интравенске каниле (максималлно једну минуту);
– палпирати одабрану вену постављањем једног или два прста – кажипрстом и средњим прстом – преко вене уз благи притисак на вену, у циљу процјене еластичности вене и поновног пуњења (вена треба да се осјети као округла, чврста, пуна и еластична);
– замолити пацијента да стисне шаку;
– тупфером натопљеним дезинфекционим средством дезинфиковати подручје убода од центра према периферији;
– послије дезинфекције а прије самог убода дезинфиковано мјесто се не палпира;
– кожу пустити да се суши 30 секунди – чиме се осигурава дезинфекција и спречава пецкање приликом пробијања коже иглом;
– извадити интравенску канилу из заштите и провјерити да канила нема неких пукотина или оштећења;
– палцем недоминантне руке лагано затегнути кожу пацијенту те на тај начин стабилизовати и фиксирати вену у коју пласирамо интравенску канилу;
– доминантном руком прихватити канилу између палца и кажипрста и под углом 5–25° изнад вене и са отвором игле према горе пунктирати кожу, смањити убодни угао тако да игла буде скоро паралелна с кожом и увести канилу у вену;
– пратити иглом венски лумен и посматрати појаву крви у комори интравенске каниле;
– када се крв појави у комори, иглу (мандрен) мало повући ван и наставити уводити пластични дио каниле;
– прстима лагано притиснути врх каниле у вени и извући мандрен до краја, а канилу пласирати у крвни суд цијелом дужином;
– када је канила потпуно у лумену вене, опустити Есмархову повеску и отворити шаку;
– затворити канилу стерилним чепом и фиксирати леукопластом;
– провјерити проходност каниле испирањем каниле, лагано убризгавајући 2–5 ml физиолошког раствора (0,9% NaCl) и пратити реакције пацијента;
– извучену иглу (мандрен) одложити у посуду за одлагање оштрих предмета;
– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– скинути и адекватно одложити рукавице те опрати и посушити руке;
– евидентирати датум и вријеме пласирања интравенске каниле уз потпис медицинске сестре – техничара која је извела поступак (слика 2).

Припремити потребан материјал на колицима или тацни.

Поставити повеску и палпирати мјесто убода.

Дезинфиковати мјесто убода.

Пласирати i. v. канилу.

Кад се појави крв у комори каниле, мандрен повући назад.

Отпустити повеску и одстранити мандрен

Фиксирати i. v. канилу и пошприцати физиолошким раствором.

Написати датум и вријеме постављања i. v. каниле.

Прописно одложити оштре предмете.

Слика 2. Поступак пласирања интравенске каниле

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Локалне компликације приликом, за вријеме и послије пласирања каниле
Прилог 2. Системске компликације пласирања каниле

4.2. Обрасци

Образац 1. Пласирања, праћења и депласирања интравенске каниле

Табела 1. Локалне компликације приликом, за вријеме и послије пласирања каниле

Знаци и симптоми		Могући узроци	Предузети мјере
ХЕМАТОМ	– Осјетљивост на мјесту пласирања интравенске каниле – Црвенило	– Пробијање вентралног зида вене током пласирања интравенске каниле – Цурење крви кроз иглу	– Уклонити канилу – Притиснути мјесто пласирања интравенске каниле и ставити топлу облогу на том подручју и провјерити да ли крвари – Документовати стање пацијента и спроведену интервенцију – Мјере превенције: Бирати вене које одговарају величини изабране интравенске каниле. Отпустити повеску чим је интравенска канила успјешно пласирана
СПАЗАМ	– Бол дуж вене – Слаб проток када је повеска отпуштена – Бијела кожа око вене	– Тешка венска иритација лијековима / надомјесним течностима – Администрирање хладних течности/крви – Веома брз проток (нпр. течности на температури просторије)	– Примијенити топле облоге преко и око подручја вене – смањити брзину протока – Мјере превенције: Примјењивати крв и крвне деривате одговарајуће температуре
ТРОМБОЗА	– Бол, црвенило, отицање, тромост вене или заустављање интравенског протока	– Оштећење ендотелних ћелија зида вене, које може довести до стварања тромбног угрушка	– Зауставити инфузију и уклонити интравенску канилу – Ставити топлу облогу – Мјере превенције: Примијенити одговарајућу технику за пласирање интравенске каниле у циљу спречавања оштећења вена
ФЛЕБИТИС	– Локализован бол, црвенило, оток и топла кожа изнад захваћене вене – Тврда вена као „жица“	– Посљедица инфузије – Посљедица инфекције – Посљедица механичког оштећења	– Зауставити инфузију и уклонити интравенску канилу – Ставити топлу облогу – Мјере превенције: Провјерити више пута мјесто пласирања интравенске каниле. Зауставити апликацију инфузије на појаву првих знакова (црвенило или осјетљивост). Код одраслих, ризик од појаве флебитиса спријечити мијењањем интравенске каниле сваких 72–96 сати
ПАРАВЕНСКИ ИНФИЛТРАТ	– Паравенски инфилтрат настаје кад се лијек или надомјесна течност аплицирају изван вене	– Паравенска инфилтрација се дешава када интравенски катетер пробија зид крвног суда, када расте притисак у венама узрокујући цурење око мјеста убода или ако је интравенска канила изван крвног суда	– Зауставити апликацију инфузије и уклонити интравенску канилу

Знаци и симптоми		Могући узроци	Предузети мјере
ОШТЕЋЕЊЕ НЕРВА, ТЕТИВА И ЛИГАМЕНТА	– Јака бол са мишићним контракцијама – Одложена реакција	– Примјена неодговарајуће технике пласирања интравенске каниле која може оштетити околне нерве, тетиве или лигаменте	– Зауставити процедуру – Мјере превенције: Не покушавати више пута пласирање интравенске каниле на истом мјесту. Не вршити додатни притисак приликом фиксирања интравенске каниле

Табела 2. Системске компликације пласирања каниле

Знаци и симптоми		Могући узроци	Предузети мјеру/е
ОПТЕРЕЋЕНОСТ ЦИРКУЛАЦИЈЕ	– Нелагода – Респираторни дистрес – Вене врата се шире и постају видљиве – Раст крвног притиска – Пецкање	– Неконтролисан проток инфузионог раствора због опуштеног регулатора протока раствора – Погрешна процјена неопходне надомјесне течности	– Терапија кисеоника и лијекова у складу са налогом доктора медицине – Мјере превенције: Чешћа контрола у току примања инфузије
ИНФЕКЦИЈА	– Грозница, малаксалост, језа без оправданог разлога – Контаминација подручја апликације интравенске каниле, обично без видљивих знакова инфекције	– Непримјењивање асептичне технике приликом пласирања интравенске каниле – Тешки флебитис, представља мјесто за настанак инфекције – Слабо причвршћена интравенска канила споља, што омогућује несметан улазак микроорганизама у крвоток – Пролонгирано држање интравенске каниле – Имунокомпромитован пацијент	– Пратити виталне знакове – Обавијестити доктора медицине – Администрирати прописану терапију – Узети крв за микробиолошко засијавање и брис коришћене опреме – Мјере превенције: Примјена асептичне технике приликом пласирања интравенске каниле и прекида инфузионог раствора – Осигурати сва мјеста контакта – Промијенити инфузиони раствор, интравенску канилу у складу са препорукама – Користити интравенске филтере
ГАСНА ЕМБОЛИЈА	– Неуједначени дисајни тонови – Респираторни дистрес – Слаб пулс – Пораст централног венског притиска – Пад крвног притиска – Губитак свијести		

Подаци о пацијенту:
Име и презиме _____
ЈМБ _____
Број картона_____
Име и презиме доктора породичне медицине
_____

Означити са „X“ руку на којој је успјешно извршена канулација

Увијек поштовати сљедеће:

- примјењивати асептичну технику
- дезинфиковати кожу дезинфекционим средством и оставити да се осуши 30 секунди
- фиксирати канилу одмах након пласирања
- не покушавати више од два пута пласирање i. v. каниле
- избјегавати пласирање i. v. каниле у близини зглобова
- користити i. v. каниле мале величине за примјену терапије
- препоручује се дневно испирање интравенске каниле
- посматрати интравенску канилу и документовати поступак
- замијенити i. v. канилу послије 72 часа, уколико не постоји другачији клинички разлог (документовати разлог)

Навести разлог избора алтернативног мјеста за пласирања интравенске каниле:

Пристанак	**Пацијент информисан**	**Да**	**Не**
	Процијењен најбољи интерес за пацијента	Да	Не

Гејџ	**24/Жута**	**22/Плава**	**20/Розе**	**18/Зелена**	**16/Сива**
Серијски број:					
Датум истека:					

Покушај 1: Датум: Вријеме:
Разлог неуспјеха
Покушај 2: Датум: Вријеме:
Разлог неуспјеха
Разлог пласирања Да (означити) Не (означити)
Дехидратација
i. v. Терапија
Вађење крви
Остало (навести):

Канила пласирана
Име и презиме Потпис

Процедуре и коришћена опрема
Асептична техника ☐ Припрема коже (30 сек.) ☐ Фиксирано ☐
Коришћена течност за испирање и количина:

ПЕРИФЕРНА ИНТРАВЕНСКА КАНИЛА: ОБАВЕЗНО УКЛОНИТИ КАНИЛУ ОДМАХ АКО СЕ ВИШЕ НЕ КОРИСТИ

Посматрање	**Вријеме**	**Клиничка индикација**	**Провјера локације**	**Флебитис скор (ФС*)**	**Канила фиксирана**	**Испирање**	**Коментари**	**Име и презиме**
Дан 1/Датум								
Дан 2/Датум								

Уклонити интравенску канилу трећи дан, ако више није неопходна
Дан 3 / Датум

Уклонити интравенску канилу четврти дан, ако више није неопходна / или посматрати и уклонити – интравенска канила може остати и дуже под одређеним околностима
Дан 4 / Датум

Уклонити и замијенити – посебан разлог да интравенска канила остане пласирана
Дан 5 / Датум

ИНТРАВЕНСКА КАНИЛА ОБАВЕЗНО СЕ МОРА ДЕПЛАСИРАТИ ПЕТОГ ДАНА

Разлог за уклањање	**Да**	**Не**	**Канила пласирана**	**Да**	**Не**
Нема више потребе			Мање од 72 сата		
ФС* скор већи од 2			72–96 сата		
Инфилтрација			Разлог*		
Паравенски инфилтрат					
Остало (навести)					
Депласирање извршио/ла	Име и презиме (штампаним словима)		Потпис		
Датум					

ФС		
Мјесто пласирања интравенске каниле без промјена	**0**	Нема знака флебитиса **ПОСМАТРАЊЕ КАНИЛЕ**
Присутан један од знакова: бол или црвенило у близини каниле	**1**	Први знаци флебитиса **ПОСМАТРАЊЕ КАНИЛЕ**
Присутна два знака: бол/црвенило/оток	**2**	Рани стадијум флебитиса **УКЛОНИТИ КАНИЛУ**
Сви знаци су присутни Бол дуж пласиране каниле / црвенило око каниле / оток	**3**	Средњи стадијум флебитиса **УКЛОНИТИ КАНИЛУ / РАЗМОТРИТИ ТРЕТМАН**
Сви знаци су присутни и напредују: Бол дуж пласиране каниле / црвенило око каниле / оток / палпира се тврда вена	**4**	Напредујући стадијум флебитиса или почетни стадијум тромофлебитиса **УКЛОНИТИ КАНИЛУ / РАЗМОТРИТИ ТРЕТМАН**
Сви знаци су присутни и напредују: Бол дуж пласиране каниле / црвенило око каниле / оток / палпира се тврда вена / температура	**5**	Напредни стадијум тромбофлебитиса **УКЛОНИТИ КАНИЛУ / ЗАПОЧЕТИ ТРЕТМАН**

3 ПРЕВЕНЦИЈА И ЊЕГА ДЕКУБИТУСА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак превенције настанка и његе декубитуса код пацијената који се налазе на кућном лијечењу.

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1 Термини

Декубитус – (лат. *decubare* – лежати) представља локално оштећење коже и/или поткожног ткива настало због дејства силе притиска, силе смицања или трења, односно њиховом комбинацијом.

Предилекционо мјесто – **мјесто које је највише изложено притиску (слика 1)**.

Fowlerov **положај** – **полусједећи положај с уздигнутим узглављем за 45° до 90°** и **ногама савијеним у кољенима.**

Антидекубитална помагала – користе се за специфичну дистрибуцију притиска на предилекциона мјеста за настанак декубитуса (антидекубитални душеци, јастуци, пјенасти прекривачи за душеке и приручна кућна помагала).

2.2 Скраћенице

ТПМ – Тим породичне медицине.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: стандардизовати поступак правилне процјене, превенције настанка декубитуса и третмана декубиталне ране.

Мјере предострожности

- смањити притисак на предилекциона мјеста и заштитити проминентна мјеста;
- уколико је потребно, примијенити антидекубитална помагала;
- побољшати периферну циркулацију;
- савјетовати пацијента о правилној исхрани и хидратацији и њези коже;
- ако је уочена појава некротичног ткива и уколико рана не зараста након 14–21 дана, треба што прије да се обавијести надлежни доктор медицине.

Припрема простора, медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Припрема простора

- просторија мора бити свијетла, прозрачна и угодне температуре.

Медицинска сестра – техничар

– опрати, посушити и дезинфиковати руке, ставити маску и навући нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

– информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
– поставити пацијента у одговарајући положај да би рана била што приступачнија;
– ослободити рану од одјеће или пелена.

Материјал и опрема

– материјал за асептичну обраду ране (стерилни завојни материјал и инструменти, ординиране текућине за третирање ране и покривала);
– стерилна бризгалица;
– бубрежњак;
– леукопласт;
– нестерилне рукавице за једнократну употребу;
– маска за лице;
– пластични центиметар;
– посуде за одлагање медицинског отпада.

3.1. Поступак

Процјена ризика за настанак декубитуса

– проценити психофизичко стање пацијента, ниво знања и информисаности, здравствене културе и мотивисаност за лијечење;
– укључује општу инспекцију стања коже (тургор, боја, топлота, пигментација, влажност, хигијена, стање циркулације);
– проценити ризик за настанак декубитуса употребом једне од доступних скала (Прилог 1–3).

Смањење притиска на предилекциона мјеста и заштита проминентних мјеста

– вријеме проведено у једном положају ограничити на период од 2 сата;
– код промјене положаја пацијента, савјетовати подизање, а не повлачење (демонстрирати);
– минимизирати притисак на коштаним испупчењима тијела и избјегавати постављање пацијента на већ постојећи декубитални улкус;
– при постављању пацијента у одређени положај заштитити предилекциона мјеста антидекубиталним помагалима (слика 2).

Побољшање периферне циркулације

– побољшати периферну циркулацију увођењем активних/пасивних вјежби;
– масирати ризична мјеста (уколико није контраиндиковано).

Савјетовање о правилној исхрани и хидратацији пацијента

– препоручити високопротеинску храну и довољан унос течности;
– препоручити суплементацију витаминима и олигоелементима (уколико нису контраиндиковани).

Процјена декубиталне ране

Правилна класификација декубиталне ране и процјена фактора који утичу на њен настанак представља смјерницу за одређивање третмана који ће омогућити санирање декубиталне ране.

Класификација декубиталне ране

Декубитална рана се најчешће класификује на сљедећи начин (слика 3);

- први степен – топла и црвена кожа на мјестима притиска на подлогу, интегритет коже је још увијек очуван, црвенило блиједи на притисак;
- други степен – оштећење епидермиса и дермиса са појавом буле и ерозије, црвенило не блиједи на притисак;
- трећи степен – захватање поткожног ткива до мишићне фасције са видљивим некротичним дијеловима; рана са непријатним мирисом, а околина хиперпигментисана;
- четврти степен – опсежан декубитус који захвата све слојеве ткива, укључујући и коштано ткиво с пратећом инфекцијом;
- изван класификације – дубина непозната, потпуни губитак ткива код којих је дно потпуно прекривено фибрином (жут, беж, сив, зелен или смеђ).

Обрада и превијање декубиталне ране

- скинути покров са ране;
- визуелно процијенити рану (измјерити величину, локацију, секрецију, мирис, некротично ткиво, изглед ране, гранулације и знакове инфекције);
- направити поређење стања ране у односу на претходни третман;
- процијенити бол;
- збринути декубиталну рану (према процедури обраде и превијања ране);
- збринути околно ткиво око декубитуса;
- ставити одговарајуће покривало;
- пратити опште стање пацијента током третмана;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице и одложити у амбалажу за медицински отпад;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати поступак.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1 Прилози

1. Norton скала за процјену декубитуса;

2. Braden скала – процјена склоности пацијента за настанак декубитуса;

3. Knoll скала за процјену декубитуса.

4.2 Обрасци

Нема.

Прилог 1. Norton скала

NORTON СКАЛА		
ФАКТОР	**ОПИС/СКАЛА**	**БОДОВИ**
Физичко стање	Добро Задовољавајуће Лоше Веома лоше	4 3 2 1
Ментално стање	Свјестан Апатичан Конфузан Ступорозан	4 3 2 1
Кретање/Активности	Хода сам Хода уз помоћ Креће се колицима Стално је у постељи	4 3 2 1
Покретљивост	Потпуна Благо ограничена Јако ограничена Непокретан	4 3 2 1
Инконтиненција	Није присутна Повремена Урина Урина и столице	4 3 2 1
УКУПАН СКОР		
Име и презиме пацијента	Медицинска сестра – техничар	Датум

Бодови се интерпретирају на следећи начин:

– 18 – 20 бодова: мали ризик

– 15 – 17 бодова: средњи ризик

– 5 – 14 бодова: висок ризик за развој декубитуса.

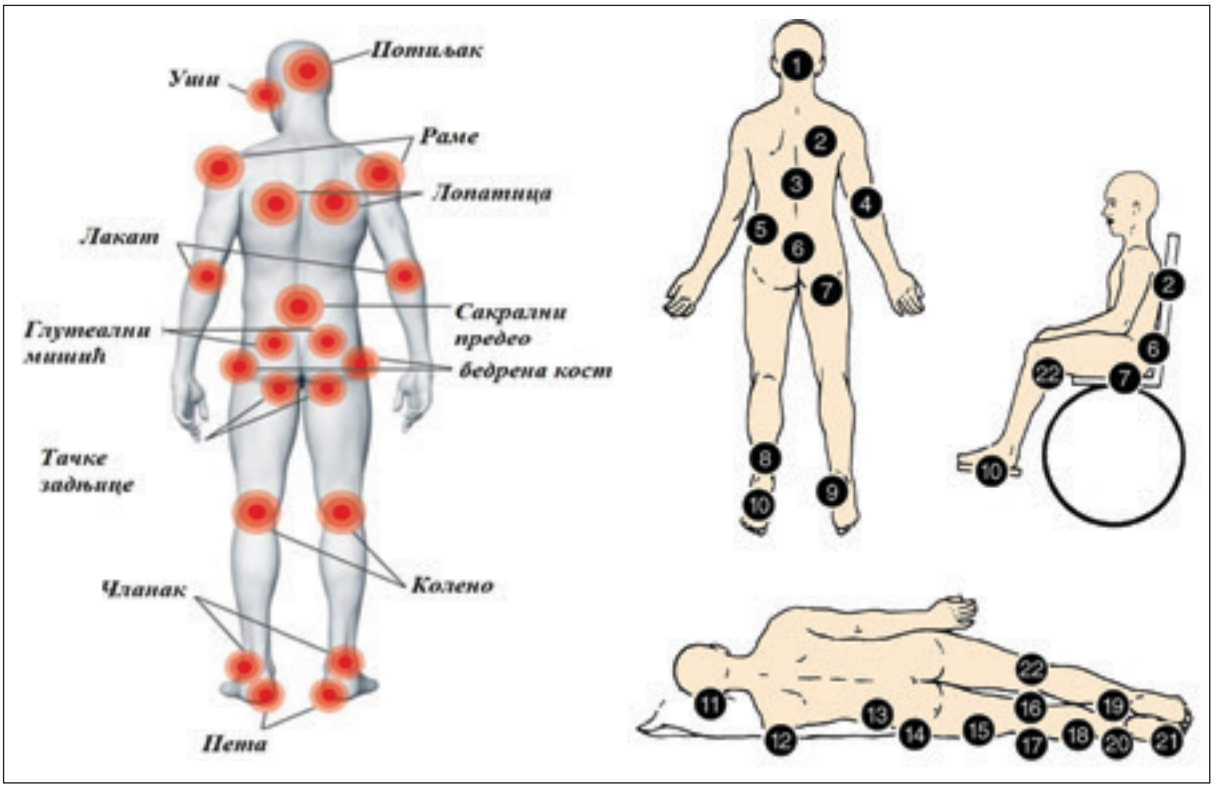
Прилог 2. Braden скала

BRADEN СКАЛА – процјена склоности пацијената за настанак декубитуса						Оцјена **(од 1 до 4)**
I	**СЕНЗОРНА ПЕРЦЕПЦИЈА**	1. Комплетно ограничена	2. Врло ограничена	3. Лагано ограничена	4. Без оштећења	
II	**ВЛАЖНОСТ**	1. Кожа стално влажна	2. Кожа веома влажна	3. Кожа је повремено влажна	4. Кожа ријетко влажна	
III	**АКТИВНОСТИ**	1. У постељи	2. У столици	3. Повремено хода	4. Често хода	
IV	**ПОКРЕТЉИВОСТ**	1. Потпуно непокретан	2. Врло ограничена покретљивост	3. Лагано ограничена покретљивост	4. Без ограничења покретљивости	
V	**ПРЕХРАНА**	1. Веома слаба	2. Вјероватно неадекватна	3. Адекватна	4. Одлична	
VI	**ТРЕЊЕ И РАЗВЛАЧЕЊЕ**	1. Присутан проблем	2. Потенцијалан проблем	3. Нема проблема		
I + II + III + IV + V + VI = УКУПАН БРОЈ БОДОВА						
Име и презиме пацијената		Медицинска сестра – техничар		Датум		

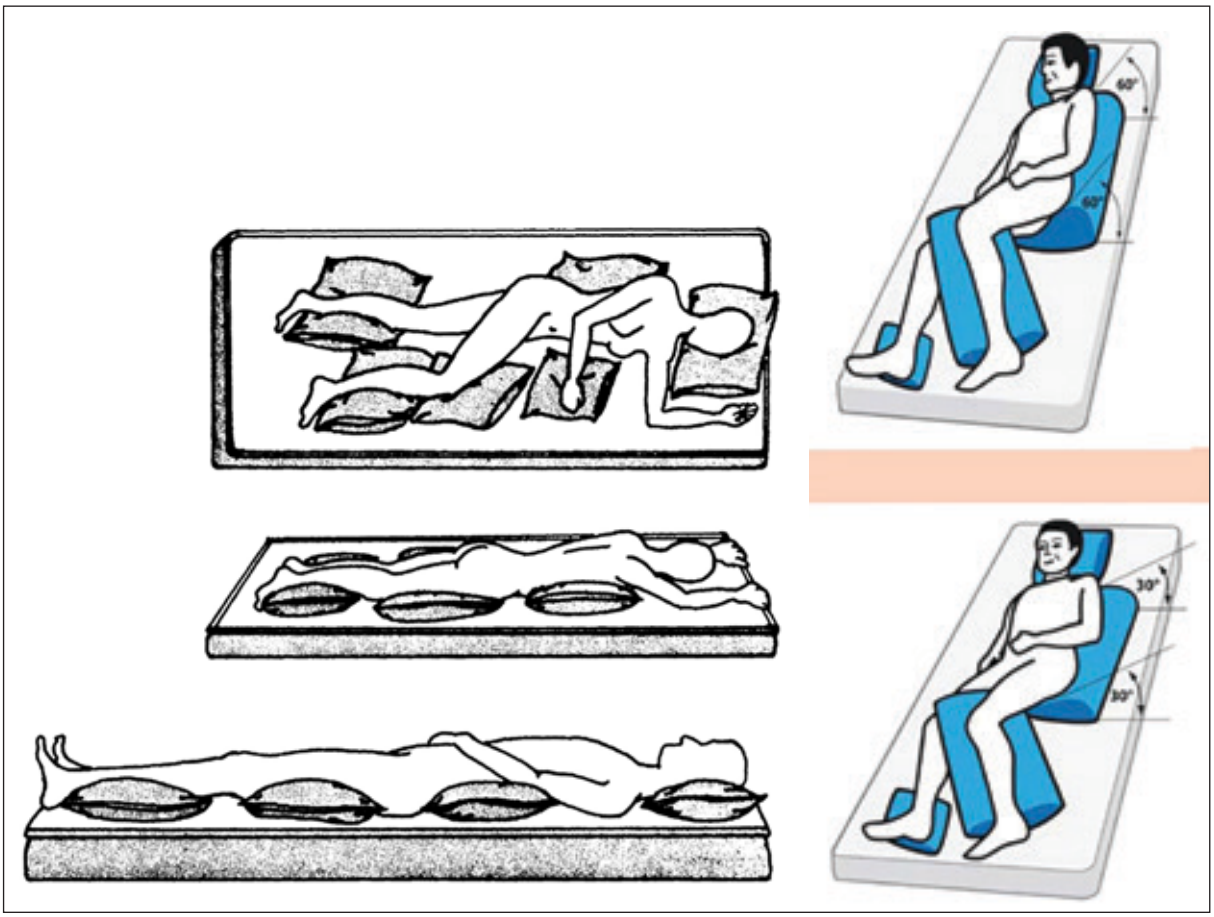
Тумачење скале	
19–23	Нема ризика
15–18	Присутан ризик
13–14	Умјерен ризик
10–12	Висок ризик
9 и мање	Веома висок ризик

Прилог 3. Knoll скала

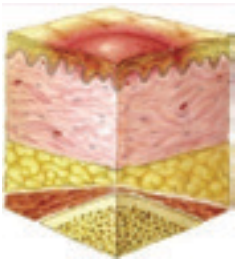
KNOLL СКАЛА					
Фактори	**0**	**1**	**2**	**3**	**Број бодова**
Опште стање	Добро	Осредње	Лоше	Јако лоше	
Ментално стање	Свјестан	Ступор	Предкома	Кома	
			БОДОВАТИ ДВОСТРУКО		
Активност	Активан	Треба помоћ	Сједи	Лежи	
Покретљивост	Покретан	Ограничена	Јако ограничена	Непокретан	
Инконтиненција	Не	Повремено	Урин	Урин и столица	
Перорална прехрана	Добра	Осредња	Слаба	Ништа	
Перорална течност	Добра	Осредња	Слаба	Ништа	
Предиспонирајуће болести (дијабетес, анемија)	Не	Блага	Слаба	Озбиљна	
УКУПАН СКОР					
> 12	Нема ризика				
< 12	Присутан ризик				
Име и презиме пацијента		Медицинска сестра – техничар		Датум	



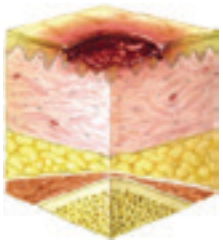
Слика 1. Најчешћа предилекциона мјеста за декубитус



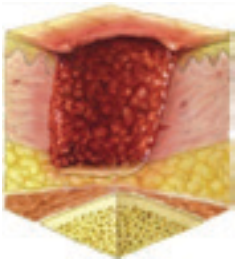
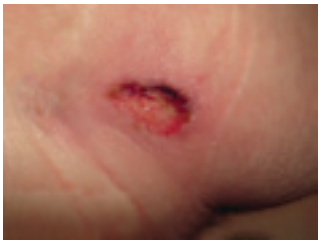
Слика 2. Растеретни положај уз примјену средстава подршке



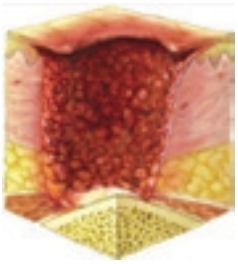
I степен декбуитуса



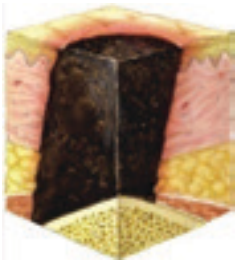
II степен декубитуса

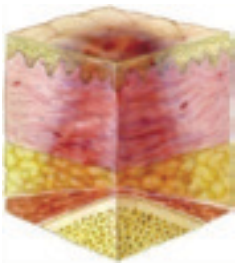
III степен декубитуса



IV степен декубитуса



Изван класификације



Суспектна лезија дубоких структура

Слика 3. Класификација декубиталне ране по Међународном систему класификације декубитуса NPUAP/EPUAP/PPPIA

4 ОБРАДА И ПРЕВИЈАЊЕ РАНА И ЛАКШИХ ОПЕКОТИНА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак правилне и сигурне обраде и превијања ране и лакших опекотина.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.2. Термини

Рана – прекид анатомског и функционалног континуитета ткива.

Хронична рана – она рана која уз стандардне медицинске поступке лијечења и његе не зараста у оквиру осам недјеља.

Опекотине (*combustio*) – повреде коже или поткожних ткива изазване дјеловањем топлоте, електричне струје, хемикалија, трењем или радијацијом.

2.3 Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну и безбједну обраду и превијање ране/опекотина.

Мјере предострожности

- обрада и превијање ране треба да се спроводе у амбуланти по налогу доктора медицине;
- придржавати се принципа асепсе и антисепсе приликом превијања ране/опекотина;
- провјерити алергијски статус пацијента – постојање алергије на дезинфекциона средства, лијекове који се користе за локалну употребу, фластер и слично;
- превијања морају бити њежна, с максималном редукцијом бола;
- газом којом се чисти рана не чистити околину ране;
- уколико је кожа око ране промијењена (оштећење, осип, црвенило, оток), користити одговарајуће средство за кожу око ране, према препоруци доктора медицине;
- заштитити рану од спољашњих механичких и хемијских утицаја;
- пажљиво скидати фластер ради превенције оштећења коже, нарочито код старијих пацијената.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке, ставити маску и навући нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента, информисати га о поступку и о важности сарадње;
- намјестити пацијента у одговарајући положај и осигурати му приватност;
- ослободити од одјеће дио тијела пацијента који се превија.

Материјал и опрема

- колица;
- стерилне рукавице;
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- маска;
- стерилни инструменти;
- веће стерилне шприце;
- стерилне игле;
- тупфери и стерилне газе различитих величина;
- леукопласт;
- дезинфекциона средства за обраду ране;
- физиолошки раствор собне температуре;
- завоји одговарајуће ширине (6–15 cm) – за превијање главе, шаке, прстију и стопала користи се завој ширине 6 cm, за превијање рамена, надлактице, подлактице и поткољенице завој 10 cm ширине и за превијање грудног коша и наткољенице користи се завој 15 cm ширине;
- хидроколоидни завоји;
- маказе;
- станицид или вазелинска газа;
- вата;
- амбалажа за инфективни и комунални отпад;
- бубрежњак.

3.1 Превијање ране

- уклонити завојни материјал и газу с ране те га одложити у амбалажу за одлагање инфективног отпада. Уколико су завојни материјал и газа залијепљени за рану, ослободити их квашењем стерилним физиолошким раствором;
- бубрежњак поставити тако да се течност и ексудат из ране сливају у њега;
- прегледати, скинути завој и регистровати количину, врсту, боју и мирис секрета ране;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице;
- стерилним инструментом узети тупфер газе натопљен физиолошким раствором и кружним покретима рану чистити од средишта према рубовима (један тупфер, један потез);

- затим узети тупфер натопљен дезинфекционим средством и поновити поступак чишћења неколико пута, користећи сваки пут нови стерилни тупфер;
- уколико је рана инфицирана, испирање вршити физиолошким раствором и дезинфекционим средством под млазом са удаљености од 2 до 5 cm, пазећи да млаз не буде сувише јак како се не би оштетило ткиво у рани;
- кожу око ране очистити физиолошким раствором и посушити сувом стерилном газом;
- на рану ставити облогу користећи метод „влажно на влажно", која ће да апсорбује некротично ткиво и дренирани садржај;
- на рану ставити ординирани облог и заштитити вишеслојном стерилном газом;
- газу фиксирати завојем или леукопластом;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице, опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.2 Превијање и обрада ране са дреном

- очистити подручје око дрена како је описано под тачком 3.1;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице;
- двије стерилне компресе газе величине 10 x 10 cm расјећи према средини;
- поставити газе око дрена тако да прекривају рану а прорез окружује дрен те их фиксирати леукопластом;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице и опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.3 Превијање ране са фибринским наслагама

- очистити рану како је описано под тачком 3.1;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице;
- на рану ставити ензимски препарат према упутству доктора медицине и прекрити стерилном газом;
- у зависности од степена ексудације (слаба или јака), примјењује се превијање рана у временском интервалу на 6 или на 12 сати; ако је локализација ране таква да се завој често кваси урином или се прља фекалијама, потребно је и чешће превијање;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице и опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.4 Превијање и обрада огреботине и огуљотине

- опрати околину ране топлом водом и сапуном, повријеђени дио посушити стерилном газом;
- пребрисати околину ране алкохолом и извршити дезинфекцију;
- огуљотину пребрисати дезинфекционим средством и оставити отворену да се суши (нема потребе превијати);

- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице и опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.
- Напомена: На тржишту је присутно мноштво специфичних покрова који се примјењују према врсти рана, односно према стадијуму зарастања ткива. Правилан избор покрова од пресудне је важности за процес изљечења хроничне ране.

3.5 Превијање и обрада лакших опекотина

- очистити рану како је описано под тачком 3.1;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице;
- уколико је опекотина са оштећеним интегритетом коже, стерилним инструментом и тупферима газе нежно уклонити сав ексудат, лабаве скраме и могуће нечистоће;
- третман опекотине обављати по инструкцији доктора медицине;
- на рану ставити ординирани покров и заштитити вишеслојном стерилном газом, тако да она прекрива оштећену површину коже преко рубова најмање 1 cm и фиксирати газу леукопластом или завојем;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице и опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: Лакше опекотине су опекотине I и II-A степена и третирају се амбулантно. Приликом наредних превијања није неопходно присуство доктора медицине, изузев у ситуацијама када постоје евидентни знаци инфекције опеченог подручја (црвенило околине, појачана секреција, присуство гноја, задах, итд.) – у том случају обавијестити доктора медицине.

4 ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

5 ТРЕТМАН УЛКУСА ДИЈАБЕТЕСНОГ СТОПАЛА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром стандардизује се поступак његе дијабетесног стопала код пацијента са улкусом.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Хронични венски улкус (Ulcus cruris) – отворена венска рана локализована на кожи доњег дијела поткољенице, која у највећем броју случајева настаје као резултат хроничне венске инсуфицијенције.

Дијабетесно стопало – стопало код пацијента обољелог од дијабетес мелитуса, које је нарушеног функционалног интегритета због инфекције ране и разарања ткива те оштећења живаца и крвних судова ногу.

2.2. Скраћенице

ДМ – Дијабетес мелитус

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: јединствен и сигуран приступ третирању улкуса стопала.

Мјере предострожности

- ако је уочена појава некротичног ткива, треба да се контактира доктор медицине;
- рану не излагати притиску и сталној иритацији.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, дезинфиковати и осушити руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу;
- обући прегачу за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- намјестити пацијента у одговарајући положај и осигурати приватност.

Материјал и опрема

- прегача за једнократну употребу;
- компресе за једнократну употребу;
- папирна вата (целштоф);
- маска;
- стерилне и нестерилне рукавице;
- стерилне газе различитих величина;
- завој;
- леукопласт;
- стерилни инструменти (пеан, пинцета, маказе);
- веће шприце за једнократну употребу;
- посуда за одлагање употријебљених инструмената;
- физиолошки раствор собне температуре;

- антисептик ординиран од стране доктора медицине;
- одговарајућа покривала ординирана од стране доктора медицине (полиуретански филмови и пјене);
- хидроколоиди, хидрогел, алгинати, нељепљиве контактне мрежице итд.;
- бубрежњак;
- амбалажа за инфективни и комунални отпад.

3.1. Поступак

Индикација за третирање дијабетесног стопала у кући одређује се на основу степена лезије (*Wagnerov* класификациони систем улкуса на дијабетесном стопалу) – табела 1.

- материјал потребан за третман поставити надохват руке;
- поставити компресу испод стопала које ће се третирати;
- уклонити с улкуса (слика 1 и 2) завојни материјал и газу (ако је улкус већ третиран), те га одложити у амбалажу за одлагање инфективног отпада;
- уколико су завојни материјал и газа залијепљени за рану, ослободити их квашењем стерилним физиолошким раствором;
- бубрежњак поставити тако да се течност и ексудат из ране сливају у њега;
- навући физиолошки раствор у стерилну шприцу, те са удаљености 2–5 cm испрати улкус, пазећи да млаз не буде сувише јак како се не би оштетило ткиво у рани;
- стерилним инструментом узети тупфер стерилне газе, преузети га стерилним пеаном и натопити физиолошким раствором (пазећи да се врхом боце не дотакне тупфер), те кружним покретима рану чистити од средишта према рубовима (један тупфер, један потез);
- поступак поновити више пута, користећи сваки пут нови стерилан тупфер;
- третирати рану антисептиком који треба да се остави на рани одређено вријеме;
- кожу око улкуса очистити физиолошким раствором и посушити сувом стерилном газом (слика 3);
- рану заштитити вишеслојном стерилном газом (слика 4);
- газу фиксирати завојем и леукопластом (слика 5);
- скинути рукавице, маску и прегачу и одложити их на прописан начин и опрати руке;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- евидентирати спроведену активност.

Табела 1. Степен лезије

Степен	Лезија
0	Нема отворене ране, постоји деформитет стопала и локално црвенило коже.
1	Површни дијабетесни улкус (дјелимичне или потпуне дебљине).
2	Рана сеже на лигамент, тетиве, капсулу зглоба без апсцеса или остеомијелитиса.
3	Дубоки улкус са апсцесом, остеомијелитисом или гнојењем у зглобу.
4	Гангрена локализована на прстима, предњем дијелу стопала или пети.
5	Екстензивна гангрена која захвата цијело стопало.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

Слика 1. Уклонити с улкуса завојни материјал

Слика 2. Уклонити с улкуса газу

Слика 3. Третирати рану антисептиком

Слика 4. Рану заштитити вишеслојном стерилном газом

Слика 5. Газу фиксирати завојем и леукопластом.

6 ЊЕГА ОСТОМИЈА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак његе остомија (колостоме, илеостоме, уростоме, цистостоме и нефростоме).

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1 Термини

Остомија – хируршки обликован отвор за испуштање тјелесних излучевина (столица, фецес, урин).

Стома – крај танког или дебелог цријева и мокраћовода који излази кроз трбушни зид (абдомен).

Колостома – хируршки формиран отвор дебелог цријева (асцедентни или трансверзални колон) на зиду стомака.

Илеостома – хируршки формиран отвор завршног дијела танког цријева на зиду стомака.

Уростома – спој између мокраћног (уринарног) тракта и трбушног зида. Служи за евакуацију урина (мокраће).

Цистостома – постављање танке цјевчице/катетера у мокраћну бешику кроз мален отвор у кожи супрапубичне регије ради евакуације урина из мокраћне бешике.

Нефростома – постављање танке цјевчице/катетера у бубрег кроз мален отвор у кожи лумбалне регије ради евакуације урина из бубрега који се није могао испразнити природним путем.

2.2 Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну и сигурну његу остомија.

Мјере предострожности

- отвор кесе и/или подложне плоче прилагодити величини стоме како би се избјегло цурење фекалног/уринарног садржаја;
- кесу промијенити одмах уколико дође до цурења њеног садржаја;

- кеса се редовно мијења код илеостоме и колостоме између два и четири часа након оброка, а према потреби и чешће, зависно од врсте прехране и осјећаја пацијента;
- код дводијелних система, подложна плоча се мијења сваких три до пет дана, у случају потребе и чешће, док се кеса мијења свакодневно;
- кесу или подложну плочу не одвајати нагло како би се избјегла иритација коже око стоме и појава црвенила, крварења, свраба, боли и печења;
- ткиво стоме и кожа око ње не смије се чистити иритирајућим средствима (алкохол, хидроген и сл.) и влажним марамицама које нису намијењене за његу стома;
- обавијестити доктора медицине у случају да постоперативно стање стоме одступа од нормалног (прилог 1);
- обавијестити доктора медицине у случају интензивног крварења стоме приликом чишћења или у случају да ткиво стоме и околна кожа одступају од нормалног изгледа и боје (прилог 2);
- избјегавати снажне притиске кесе на стому, јер се може оштетити ткиво или кожа око ње.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- провјерити налог/налаз доктора медицине;
- опрати руке, ставити маску и навући рукавице.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- намјестити га у адекватан положај – лежећи или Fowlerov (сједећи или полусједећи) положај.

Материјал и опрема

- параван;
- колица/тацна за материјал;
- мјерило за стому;
- једнодијелни систем за стоме (самољепљиве кесе са подложном плочом) или дводијелни (кеса је одвојена и причвршћује се на подложну плочу);
- маказе;
- дезинфекциона средства за обраду ране;
- физиолошки раствор собне температуре;
- стерилни инструменти (пеан, пинцета);
- папирни убрус;
- бокал са топлом водом;
- pH неутрални сапун или влажне марамице за његу стоме;
- средство за уклањање љепила;
- нестерилна газа или тупфери;
- стерилна газа или тупфери;

- апсорбирајуће стерилне компресе;
- хипоалергијски фластер/леукопласт;
- бубрежњак или посуда за одлагање употријебљеног материјала;
- стерилне и једнократне рукавице;
- маска;
- амбалажа (кесе) за збрињавање комуналног и инфективног отпада.

3.1 Њега колостоме и илеостоме

- представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- објаснити пацијенту / члану породице сваки корак начина извођења поступка како би био оспособљен за самостално извођење поступка;
- осигурати приватност пацијента;
- пацијентов стомак ослободити од одјеће;
- уклонити стару кесу или подложну плочу, повлачећи једном руком руб кесе или подложне плоче притишћући кожу према доље, а другом руком притишћући кожу близу подлоге. Код особа са израженом маљавошћу, уклањање кесе се врши у смјеру раста длаке;
- одложити врећицу у комунални отпад, а уколико се ради о потенцијално заразној или заразној столици, кесу одложити у инфективни отпад;
- фекални садржај са стоме и околне коже пажљиво обрисати папирним убрусом;
- опрати кожу око стоме уклањајући остатке љепила од претходне кесе или подложне плоче помоћу топле воде, pH неутралног сапуна, односно влажних марамица за његу стоме или употребом средства за уклањање љепила. Кожу затим добро испрати и посушити њежним тапкањем те оставити да се стома добро осуши;
- прије стављања нове кесе, провјерити изглед ткива стоме и околне коже;
- помоћу мјерила за стому одредити њен промјер и величину;
- код једнодијелног система, величину стоме означити на полеђини папира заштитне подлоге или код дводијелног, величину стоме обиљежити на полеђини папира подложне плоче и кесе, а затим изрезати отвор на кеси и/или подложној плочи;
- центрирати кесу или подложну плочу у односу на стому, а затим лагано притиснути кесу или подложну плочу на кожу стомака. Код дводијелних система, кесу утиснути у отвор диска подложне плоче;
- провјерити приањање кесе или подложне плоче са кесом и пацијента смјестити у удобан или принудан положај;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал и опрему;
- скинути рукавице и маску и опрати руке;
- прозрачити просторију;
- евидентирати спроведени поступак.

3.2 Њега уростомија

- представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- објаснити пацијенту / члану породице сваки корак начина извођења поступка како би био оспособљен за самостално извођење поступка;
- осигурати приватност пацијента;
- смјестити пацијента у одговарајући положај (лежећи);
- заштитити подлогу/постељину (ставити компресу и ПВЦ фолију);
- лагано уклонити постојећу (стару стому) врећицу и подлогу стоме;
- кожу опрати млаком водом и неутралним pH сапуном или влажним марамицама за његу стоме;
- кожу добро посушити лаганим тапкањем;
- измјерити – узети шаблон величине стоме;
- изрезати подложну плочу на тачну мјеру и облик стоме како би она пристајала око стоме;
- уклонити заштитну фолију, подложну плочу поставити око стоме, те прстима са горње стране ка доље притиснути и поравнати плочу на кожу;
- поставити врећицу на подложну плочу тако да прстима одоздо према горе притиснемо прстен;
- затварање је потпуно готово када се чује „клик“;
- провјерити приањање кесе или подложне плоче са кесом и пацијента смјестити у удобан или принудан положај;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал и опрему;
- скинути рукавице и маску и опрати руке;
- прозрачити просторију;
- евидентирати спроведени поступак.

3.3 Њега цистостоме и нефростоме

- представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- објаснити пацијенту / члану породице сваки корак начина извођења поступка како би био оспособљен за самостално извођење поступка;
- осигурати приватност пацијента;
- смјестити пацијента да легне на леђа (за катетер за цистостому) или на страну супротно од катетера (за катетер за нефростому);
- заштитити подлогу/постељину (ставити компресу и ПВЦ фолију);
- мјесто превијања ослободити од одјеће;
- уклонити траку око катетера и затим уклонити влажан или прљав завој;
- скинути једнократне рукавице, адекватно одложити, опрати руке и навући стерилне рукавице;

- стерилним инструментом узети тупфер газе натопљен физиолошким раствором и кружним покретима рану чистити од средишта (мјеста инсерције) према рубовима (један тупфер, један потез);
- затим узети тупфер натопљен дезинфекционим средством и поновити поступак чишћења неколико пута, користећи сваки пут нови стерилни тупфер;
- након чишћења поставити стерилну компресу и учврстити је леукопластом;
- залијепити катетер леукопластом за спољашњи дио трбушног зида да би се спријечило затезање катетера;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал и опрему;
- скинути рукавице и маску и опрати руке;
- прозрачити просторију;
- евидентирати спроведени поступак.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Нормална постоперативна стања и одступања према врсти стоме

Прилог 2. Нормалан изглед стоме и одступања

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Нормална постоперативна стања и одступања према врсти стоме

Врста стоме	Нормално стање	Одступање од нормалног
Колостома	Пролазни флатус (вјетрови) је први знак након операције. Мекана и формирана столица, 1–3 дневно, а у постоперацијском периоду столица може бити текућа.	Затвор/опстипација– траје дуже од два дана. Опструкција – није повезана са болом / повраћањем / надутошћу стомака Пролив. Крв помијешана с фецесом.
Илеостома	Конзистенција столице може варирати између кашасте и течне. Вјетрови су нормални током првих 48 часова након операције. Примјеса воде и жучне боје – нормална у првих неколико дана након операције. Количина фецеса у току прва 24 часа износи 500–800 ml.	Затвор/опстипација – дужи од 12 часова. Крв помијешана с фецесом.

Прилог 2. Нормалан изглед стоме и одступања

Нормално	**Одступање од нормалног**
Боја стоме	
 Роза/црвена/топла на додир	 Црна/тамна/блиједа
Кожа	
 Кожа око стоме интактна.	 Болна/улцерозна/упаљена/ оштећена
Оток	
У постоперативном периоду стома је одређено вријеме (до 6 недјеља) увећана	Изненадно и без посебног разлога отицање стоме
Крварење	
Крварење у траговима приликом чишћења стоме.	Обилно крварење приликом чишћења стоме/крв присутна у кеси/крварење из стоме.

7 ТОАЛЕТА ТРАХЕОСТОМЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром обезбјеђује се јединствен и сигуран начин извођења тоалете трахеостоме.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Трахеотомија – хируршки захват којим се отвара предњи дио трахеје да би се обезбиједило дисање.

Трахеостома – вјештачки створен отвор на предњем дијелу трахеје. Може бити привремена или трајна.

2.2 Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити правилну и сигурну његу трахеостоме.

Тоалета трахеостоме састоји се од сљедећих поступака: чишћење стоме и спољашње каниле, аспирација секрета из дисајних путева, чишћење унутрашње каниле, промјене каниле, те промјене траке за фиксацију каниле.

Мјере предострожности

- њега трахеостоме проводи се свакодневно, посебно првих дана након операције, и то због повећаног лучења секрета из слузнице у близини ране;
- након чишћења кожа у околини хируршке ране мора се добро осушити.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- објаснити пацијенту поступак, дозволити питања те поставити пацијента у одговарајући положај.

Материјал и опрема

- колица/тацна;
- маске и нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- стерилне рукавице;
- стерилни инструменти;
- стерилне бризгалице различитих величина;
- тупфери и стерилне газе различитих величина;
- завој или трака за фиксацију каниле;
- дезинфекциона средства за обраду ране;
- физиолошки раствор собне температуре;
- аспирациони апарат;
- стерилни аспирациони катетери;
- извор кисеоника (боца, шински систем);
- маказе;
- четкица за прање каниле;
- целштоф;

– амбалажа за инфективни и комунални отпад;
– бубрежњак.

3.1 Чишћење стоме и спољне каниле

– смјестити пацијента у полусједећи положај – уколико то његово стање дозвољава;
– скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
– навући стерилне рукавице;
– стерилним инструментом узети тупфер газе натопљен физиолошким раствором и кружним покретима рану чистити од средишта према рубовима (један тупфер, један потез);
– обрисати пацијентов врат испод ивица тубуса за трахеостому и испод фиксацијске траке;
– затим узети тупфер натопљен дезинфекционим средством и поновити поступак чишћења неколико пута, користећи сваки пут нови стерилни тупфер;
– након завршетка чишћења зону посушити стерилним тупфером;
– збринути пацијента и поставити га у одговарајући положај;
– распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
– скинути маску и рукавице, опрати руке;
– евидентирати спроведени поступак.

3.2 Аспирација секрета из дисајних путева

– смјестити пацијента у полусједећи положај – уколико то његово стање дозвољава;
– провјерити виталне знакове пацијента;
– заштити груди пацијента целштофом;
– скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
– навући стерилне рукавице;
– стерилним аспирационим катетером одговарајуће величине (не већи од половине унутрашњег пречника трахеостоме) повезаним са аспиратором вршити аспирацију секрета;
– никада не вршити аспирацију дуже од 10 секунди, да не би дошло до хипоксије пацијента;
– уколико је секрет густ, катетер очистити урањајући га у физиолошки раствор уз сукцију;
– при извођењу аспирације посматрати пацијента и допустити му да се одмара између сукција;
– након аспирације збринути пацијента;
– распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
– скинути маску и рукавице, опрати руке;
– евидентирати спроведени поступак.

3.3 Чишћење унутрашње каниле

– смјестити пацијента у полусједећи положај – уколико то његово стање дозвољава;
– скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;

- навући стерилне рукавице;
- недоминантном руком скинути и адекватно одложити завој трахеостоме те откључати унутрашњу канилу тубуса за трахеостому (ротирањем и окретањем у супротном смјеру од кретања казаљки на сату);
- одложити канилу у дезинфекционо средство;
- доминантном руком опрати унутрашњу канилу четком;
- након прања потопити канилу у физиолошки раствор и држати 10 секунди, да се испере;
- прегледати да ли је канила очишћена те поновити чишћење ако није;
- чисту канилу лаганим лупкањем о стерилну компресу/газу ослободити вишка течности;
- вратити канилу у тубус пацијента и поставити је на мјесто;
- збринути пацијента и поставити га у одговарајући положај;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице, опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: Унутрашње каниле могу бити и за једнократну употребу те је поступак једноставнији, само се новом канилом замијени запрљана, која се адекватно одложи.

3.4 Промјена каниле

- промјена каниле зависи од индивидуалних потреба пацијента и од саме каниле.

3.5 Промјена траке за фиксацију каниле

- смјестити пацијента у полусједећи положај – уколико то његово стање дозвољава;
- уколико се не користи комерцијално паковање за фиксирање трахеостоме, припремити траку/завој;
- замолити пацијента / члана породице / старатеља да придржи тубус трахеостоме да би се спријечило испадање током поступка промјене трака за фиксацију;
- одвезати или исјећи прљаве траке маказама;
- везати траке за канилу са обје стране те замолити пацијента да савије врат и завезати их;
- након везања трака провјерити да ли су добро фиксиране (да трака није превише стегнута односно да канила није довољно учвршћена);
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице, опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

8 ПЛАСИРАЊЕ, ТОАЛЕТА И ДЕПЛАСИРАЊЕ УРИНАРНОГ КАТЕТЕРА КОД ЖЕНА

1 ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак пласирања, депласирања и едукација пацијената и чланова породице или блиских особа о њези уринарног катетера код жена.

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Овом процедуром се не описује поступак пласирања и депласирања уринарног катетера код мушкараца.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1 Термини

Катетеризација мокраћне бешике – поступак пласирања уринарног катетера у мокраћну бешику ради евакуације (пражњења) урина из мокраћне бешике. Постоје два типа катетеризације: привремена/интермитентна (катетер се одмах након пражњења мокраћне бешике депласира) и трајна/перманентна (катетер остаје у мокраћној бешици неколико сати, дана или мјесеци).

Уринарни катетер – шупља цијев која може бити од силикона, полиуретана – ПВЦ или тефлона.

2.2 Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Осигурати правилан и безбједан начин пласирања и депласирања уринарног катетера код жена.

Мјере предострожности

- интервенција се изводи уз строго поштовање принципа асепсе и антисепсе;
- изабрати катетер чијом се примјеном уретрална траума, болови, нелагода, могућност испадања и опструкција своде на минимум;
- приликом пласирања катетера користи се стерилни водени лубрикант (за једнократну или вишедозну примјену);
- посебна мјера опреза потребна је приликом примјене лубриканата који садрже анестетик, јер је његова примјена контраиндикована код пацијената са преосјетљивошћу на анестетике, пацијената са оштећеном или уретралном мембраном која крвари, код пацијената који у терапији користе антиаритмике, са ослабљеном функцијом срца, инсуфицијенцијом јетре или епилепсијом;

- обавезно водити документацију о пласирању и депласирању или праћењу уринарног катетера (прилог 2)
- катетери намијењени за жене никада се не смију користи за катетеризацију мушкараца, јер њиховом примјеном могу настати озбиљна оштећења простатичне уретре;
- кесе за урин које су намијењене за причвршћивање на ногу најбоље је причврстити помоћу ремена предвиђеног за ту намјену;
- у балон катетера не убризгавати текућу воду из славине, јер може изазвати инфекцију мокраћне бешике или физиолошки раствор, јер може изазивати настајање кристалних формација у мокраћном каналу;
- у балон катетера не убризгавати више стерилне воде за инјекције него што је то препоручено од стране произвођача;
- прије промјене кесе за урин обавезно спровести хигијену руку;
- увијек приликом стављања или скидања уринарног дренажног система (кесе за урин) поштовати мјере асепсе и антисепсе;
- кесе за дренажу урина не стављати на под и увијек их постављати испод нивоа мокраћне бешике како би се спријечило враћање урина у мокраћну бешику;
- кесе за урин са испустом мијењају се најмање сваких 5–10 дана или у складу са препорукама произвођача;
- кесе за урин без испуста или кесе за ногу празне се када се напуне до 2/3 волумена кесе;
- у кесе за урин ради отклањања неугодних мириса не сипати антисептична дезинфекциона средства;
- катетер мијењати када је то клинички неопходно или у складу са препорукама произвођача, али не дуже од 12 недјеља.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке или утрљати антисептик на бази алкохола, ставити маску и рукавице за једнократну употребу.

Пацијенткиња

- идентификовати пацијенткињу;
- потребно је обезбиједити потписану сагласност пацијенткиње за извођење процедуре (информисани пристанак пацијенткиње);
- информисати пацијенткињу о поступку и важности сарадње и допустити питања;
- утврдити да ли су постојали проблеми приликом ранијег пласирања катетера;
- утврдити да ли је пацијенткиња алергична на неки од материјала од којих се израђују катетери (нпр. латекс)
- осигурати добро освијетљену просторију;
- поставити пацијенткињу у одговарајући положај и осигурати приватност.

Материјал и опрема

- параван;
- колица/тацна;

- стерилне и нестерилне рукавице;
- маска;
- једнократна заштитна кецеља;
- компресе;
- катетери одговарајуће величине и врсте (привремени/интермитентни и трајни) – прилог 1;
- стерилни тупфери;
- стерилни физиолошки раствор за пребрисавање;
- стерилни лубрикант (једнократни или вишедозни);
- стерилан пеан;
- вода за инјекције;
- урин кеса (одговарајуће намјене и величине);
- леукопласт трака;
- мушема;
- ноћна посуда / лопата;
- бокал са топлом водом;
- неутрални сапун;
- папирна вата;
- посуда за комунални и инфективни отпад.

3.1 Поступак пласирања уринарног катетера код жена

Поступак пласирања уринарног катетера спроводи се на сљедећи начин:

- поставити пацијенткињу у гинеколошки положај (кукови су у абдукцији са колѣенима у флексији), стопала ослоњених на подлогу, са ногама размакнутим за око 60 cm. Уколико се пацијенткиња не осјећа угодно у наведеном положају, поставити је у положај са једном ногом савијеном у колѣену, а другом опруженом на подлогу;
- спровести тоалету генитално и анално регије, прање водом и неутралним сапуном, постављањем испод глутеалне регије мушеме и ноћне посуде;
- након прања, папирном ватом посушити генитално и анално регију;
- на адекватан начин одложити коришћени материјал;
- скинути рукавице и опрати руке или утрљати антисептик на бази алкохола;
- испод пацијенткиње поставити компресу;
- опрати руке или утрљати средство на бази алкохола и навући стерилне рукавице;
- пеаном узети стерилан тупфер натопљен стерилним физиолошким раствором, раздвојити мале усне како би се видјело уретрално ушће и обрисати једну страну уретралног ушћа једним покретом одозго надоље. Поступак поновити на другој страни другим стерилним тупфером, а трећим стерилним тупфером обрисати директно преко уретралног отвора;
- пласирати лубрикант гел на уретру;
- скинути рукавице и опрати руке или утрљати средство на бази алкохола;
- навући стерилне рукавице;
- примјењујући асептичну технику, ставити кесу за урин на катетер, при томе водећи рачуна о томе да највећи дио катетера остане у стерилном паковању;

- катетер пласирати на начин да се палац и средњи прст недоминантне руке поставе на велике усне, а врх кажипрста је на отвору мокраћне цијеви;
- врх катетера прислонити уз уретрално ушће и катетер уводити у мокраћну цијев у правцу према горе и назад, без примјене силе, док катетер не уђе мокраћну бешику. Мокраћна цијев код жена има дужину 3–5 cm, а катетер улази укупном дужином од око 10 cm;
- са преосталог катетера, а да се не контаминира, скинути преостали заштитни слој;
- уколико је катетер у мокраћној бешици у систему за дренажу урина (кесе за урин), појављује се урин;
- појава урина у дренажном систему потврда је да је катетер у мокраћној бешици и тек након тога, кроз посебан наставак катетера, убризгава се помоћу шприце стерилна вода за инјекције (стандардно 5 ml или по препоруци произвођача). Катетери за једнократну или привремену намјену обично су без балона;
- провјерити да ли пацијенткиња осјећа нелагоду или да ли постоји назнака за неку врсту нелагоде;
- повући катетер лагано до појаве отпора и причврстити дренажни систем леукопластном траком за бедро пацијенткиње тако да се катетер не затеже приликом покретања;
- код амбулантних пацијенткиња, непокретних, кесу за урин фиксирати на држачу за лежај или кревет, а код покретних пацијенткиња, фиксирати катетер за ногу помоћу ремена предвиђеног за ту намјену;
- поново провјерити да ли се урин дренира у кесу за урин;
- све вријеме трајања поступка очувати дигнитет пацијенткиње, а по завршетку интервенције збринути пацијенткињу.
- уколико се не ради о једнократним или привременим катетерима који се одмах по завршетку процедуре депласирају, депласирати катетер у складу са начином описаним под тачком *3.3. Депласирање* уринарног катетера.
- код катетера са дугорочном намјеном договорити наредни термин посјете за надзор или депласирање/пласирање новог катетера;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути рукавице и маску, одложити их на прописан начин и опрати руке или утрљати антисептик;
- евидентирати спроведену активност.

3.2 Депласирање уринарног катетера

Депласирање уринарног катетера спроводи се на сљедећи начин:

- поступак извести у добро осивијетљеном простору;
- упознати се ако су постојали ранији проблеми везани за катетеризацију, алергијске реакције и др.
- поставити пацијенткињу у одговарајући положај, покрити је и очувати дигнитет;
- опрати руке или дезинфиковати утрљавањем антисептика на бази алкохола;
- осигурати сав неопходан материјал за извођење поступка (наведен под дијелом Материјал и опрема);
- провјерити на ранијем обрасцу евиденције колико је убризгано стерилне воде за инјекције;
- открити пацијенткињу и поставити мушему / водоотпорну простирку под глутеалну регију;
- ставити рукавице за једнократну употребу;

- причврстити стерилну шприцу на наставак за пуњење балона ради аспирирања воде из балона,
- замолити пацијенткињу да дише дубоко и кратко ради опуштања сфинкетра и спречавања спазма и у фази издисања њежно али полако повлачити катетер ка ван;
- катетер се повлачи доминантном руком, а у недоминантној руци је стерилна компреса преко које се превлачи катетер;
- очистити уретрално ушће стерилним тупфером натопљеним физиолошким раствором,
- скинути рукавице одложити их на прописан начин и опрати руке;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- опрати руке или дезинфиковати утрљавањем антисептика на бази алкохола;
- евидентирати спроведену активност.
- уколико је неопходно, пласирати нови катетер а спровести поступак онако како је описано под тачком *3.2. Поступак пласирања уринарног катетера код жена.*

3.3. Едукација о њези уринарног катетера

У циљу одржавања услова којима се спречава настанак инфекције као посљедица катетеризације, неопходно је спровести едукацију пацијенткиња на кућном лијечењу и чланова њихове породице или неког блиског о најмање сљедећим темама:

- одржавање хигијене руку (топлом водом и сапуном или утрљавањем антисептика на бази алкохола);
- навлачење рукавица и скидање рукавица и одлагање на адекватан начин;
- свакодневна њега аногениталне регије (топлом водом и сапуном);
- положај кесе за урин;
- пражњење кесе за урин са отпустом или мијењањем једнократне кесе;
- постављање нове кесе за урин;
- упознавање пацијената и чланова њихове породице са могућим компликацијама везаним за катетеризацију;
- упознавање са неопходним дневним уносом течности;
- упознавање са одступањима од нормалног физичког изгледа урина (изглед и боја);
- упознавање са коришћењем права по основу осигурања и набавке неопходних медицинских средстава на терет Фонда здравственог осигурања Републике Српске.

Напомена: Сваком пацијенту са дуготрајним катетером на кућном лијечењу дати промотивни материјал којим су обухваћене наведене области (прилог 3).

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1 Прилози

Прилог 1. Врсте катетера

Прилог 2. Предности, недостаци и дужина катетеризације у односу на врсте уринарног катетера

Прилог 3. Информације за пацијенте који носе катетер код куће

Прилог 4. Алгоритам код запушеног катетера

4.2 Обрасци

1. Евиденције за пласирање / депласирање и праћење / преглед уринарног катетера

2. Информисани пристанак пацијента за уринарну катетеризацију

Прилог 1. Врсте катетера

Слика 1. Фолијев двокраки трајни катетер

Слика 2. Фолијев трокраки трајни катетер

Слика 3. Тиманов двокраки трајни катетер (заобљеног врха)

Слика 4. Тиманов трокраки силиконски – трајни катетер (заобљени врх)

Слика 5. Интермитентни –привремени Тиманов катетер

Слика 6. Фолијев једнокраки једнократни катетер

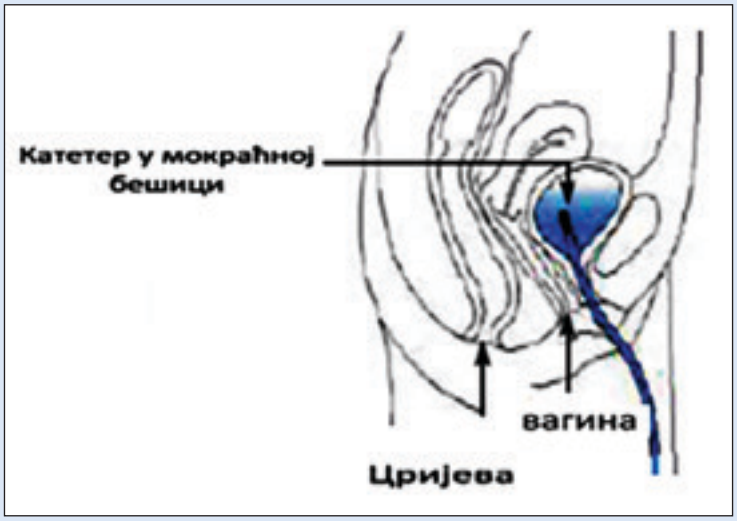
Прилог 2. Предности, недостаци и дужина катетеризације у односу на врсте уринарног катетера

Врста материјала		**Предности**	**Недостаци**	**Дужина катетеризације**
Пластика (ПВЦ)		Велика унутрашњост Великог промјера, добра дренажа послије операције	Ригидан и нефлексибилан Може изазвати уретралну нелагоду	7 дана Краткотрајно
Силикон (100%)		Мање изазива иритацију уретре Прикладан за пацијенте који су алергични на латекс	У пресјеку лумена катетера (полумјесеца или у облику слова D) може узроковати стварање красти	3 мјесеца Дуготрајно
Латекс са	Тефлон – Политетрафлуоро-етилен (PTEF)	Мање оштећује ткиво због глатке спољашње површине и више је отпоран на стварање красти у односу на катетере израђене од чистог латекса	Није прикладан за пацијенте алергичне на латекс	8 дана Краткотрајно
	Силиконским еластомером	Глатка унутрашња и спољашња површина, смањује могућност за појаву красти у односу на чисти латекс		3 мјесеца Дуготрајно
	Хидрогелом	Највише компатибилан са људским ткивом, мање траума. Мало површинско трење, већи комфор за пацијента		

Прилог 3. Информације за пацијенте који носе катетер код куће

Уринарни катетер је шупља цијев пласирана у мокраћну бешику и служи за дренирање урина.

Њега катетерâ пласираних код мушкараца и жена је иста. Мали балон на крају катетера у који се апликује стерилна вода омогућава да катетер остане у мокраћној бешици.



Слика 1. Катетер у мокраћној бешици

Купање и прање

Свакодневно прање урогениталне регије је веома важно. Прање се спроводи топлом водом и неутралним сапуном и посушује ручником. Мазање урогениталне регије пудером и кремом није дозвољено. Купање и туширање је такође дозвољено, али се прије истог мора испразнити кеса за урин која се након купања/туширања посушује.

Урогенитална регија се пере сприједа према назад
како не би дошло до контаминације катетера садржајем из цријева

Конзумирање текућине

Узимање довољне количине воде неопходно је у циљу спречавања инфекција и опструкција катетера. Дневно покушајте пити двије литре воде. Текућина коју треба да узимате не односи се само на воду. Будите опрезни са конзумирањем кафе и чаја, јер кофеин, као и алкохол и газирана пића, може иритирати мокраћну бешику.

Крварење

Могуће је да се крв појави у урину након што се катетер пласира или промијени. Уколико случајно повучете катетер, и то такође може узроковати оскудна крварења са појавом крви у цијеви катетера или кеси за урин. У случају да имате обимније крварење, обавезно се јавите медицинској сестри – техничару која вам је пласирала катетер.

Грчеви
Абдоминални грчеви се код неких пацијената могу појавити када се први пут пласира катетер. Обично престају након 24 часа. Грчеви такође могу настати због спазма мокраћне бешике. Узимање слабих аналгетика, као што је парацетамол, могу ублажити грчеве, али прије узимања свакако се посавјетујте са доктором медицине или фармацеутом.

Пражњење кесе за урин
Кесе за урин без отпуста мијењају се када се напуне до 2/3 волумена. Кесе са отпустом мијењају се након 5–10 дана или у складу са препоруком произвођача, а празне се кад се напуне до 2/3 волумена. Кесе са отпустом не испирати дезинфекционим средством ради отклањања неугодних мириса. Увијек спроводите хигијену руку прије и након мијењања/пражњења кесе за урин.

Мијењање катетера
Учесталост мијењања катетера зависи од врсте катетера који вам је пласиран. Катетер би најдуже требало да буде пласиран 12 недјеља. Мијењање катетера зависи и од вас као пацијента и можете тражити ранију промјену катетера. Уколико је катетер пласиран у болници, након отпуштања из болнице о томе морате обавијестити свога породичног доктора.

Уринарне инфекције
Инфекција уринарног тракта је честа код свих врста катетера. У случајевима када имате симптоме као што су повишена температура, бол у абдомену или појава крви у урину и сл., обратите се свом доктору породичне медицине.

Ризик

Сексуални однос
Уколико вам је пласиран катетер а још увијек сте сексуално активна особа, обратите се свом доктору породичне медицине, који ће вам препоручити друге методе катетеризације.

Цурење урина поред катетера
Цурење урина поред катетера може се десити у случају инфекције, али и грча мокраћне бешике и запушења катетера. Грч мокраћне бешике може настати јер тијело одбацује катетер. Консултујте се са медицинском сестром – техничаром која вам је пласирала катетер. Некада симптоми могу нестати сами од себе.

Запушење катетера
Запушење може настати као посљедица више удружених фактора али прије него што контактирате медицинску сестру – техничара или доктора породичне медицине, провјерите да можда:

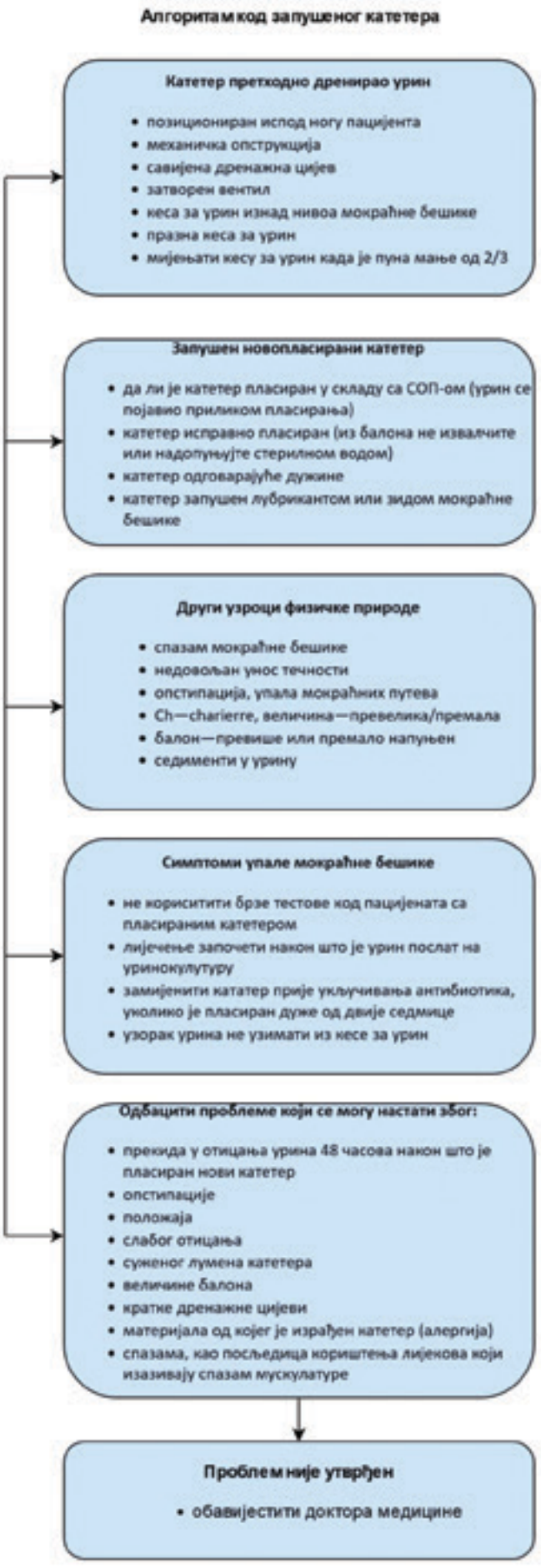
1. катетер није савијен или уврнут;
2. кеса за урин није напуњена више од 2/3 волумена;
3. кеса за урин није правилно позиционирана, односно да кеса не виси или се налази на кревету или поду;

4. дневно не конзумирате довољну количину течности;
5. кеса није позиционирана испод нивоа мокраћне бешике;
6. не сједите или не лијежите на катетер – ово такође може узроковати притисак на кожу и оштећење коже;
7. немате затвор.

Хигијена руку

Исправна хигијена руку је најважнија мјера у превенцији и контроли ширења многих болести. Хигијеном руку у трајању од 20 секунди смањује се могућност ширења инфекције, а и могућност инфекције мокраћних путева и мокраћне бешике.

Прилог 4. Алгоритам код запушеног катетера



Образац 1. Евиденције за пласирање / депласирање и праћење / преглед уринарног катетера

Име и презиме пацијента.....
Адреса становања.....
ЈМБ.....
Број картона.....
Има и презиме доктора медицине који је издао налог.....

Да ли је пацијент:		
- потписао пристанак за извођење катетеризације	Да	Не
- добио промотивни материјал	Да	Не
- добио информацију о разлогу катетеризације, планираном датуму депласирања/прегледа	Да	Не
- алергичан на латекс	Да	Не
- добио промотивни материјал о симптомима сепсе	Да	Не

Врста катетера:

☐ Силикон | ☐ Латекс | ☐ Тефлон
☐ Остало_____

Величина катетера:
Катетер за: ☐ Жене ☐ Стандардни
Величина балона: _____ml стерилне воде

Систем дренаже:

Причвршћена дренажна кеса ☐ Да ☐ Не
☐ 2 L дренажна кеса
☐ 4 L дренажна кеса
☐ Катетерска валвула

Индикације за пласирање катетера

Крварење – обилно

Опструкција – механичка

Операција – уролошка, гинеколошка. перианална и др.

Декубиталне ране – инконтинентних пацијената

Праћење диурезе урина – дневне диурезе или диурезе код повреде

Њега – на крају живота

Имобилизација – преломи, вишеструке

Остало

Пласирање катетера

Да ли пацијент има температуру	Да	Не
Датум пласирања:	Вријеме:	
Планирани датум депласирања или прегледа:		
Мјесто пласирања: ☐ Здравствена установа ☐ Кућа		
Индикација за пласирање* _____		
Трауме током пласирања	Да	Не
Навести врсту трауме:_____		
Траума малих лабија или вулве	Да	Не
Боја урина: _____		
Резидуална количина урина: _____ml		
Терапија антибиотицима прије пласирања	Да	Не
Ако је одговор ДА, навести назив антибиотика:_____		
Индикација за антибиотик:_____		

Примијењен/а

Асептична и антисептична техника	Да	Не
Једнократни стерилни лубрикант	Да	Не
Вишедозни лубрикант; Датум отварања:_____		
Тоалета гениталне регије (водом и сапуном)	Да	Не
Механичко чишћење стерилним раствором NaCl	Да	Не
Узорак урина узет за уринокултуру	Да	Не

Подаци о медицинској сестри – техничару која је пласирала катетер

Име и презиме:
Потпис:

Депласирање катетера – Ризик од инфекције расте за дужином трајања катетеризације – депласирати катетер ако је клинички индиковано

Датум депласирања: | Вријеме: | Име и презиме пацијента (штампаним словима): | Потпис

Катетер провјерен Да Не | Евидентна оштећења Да Не | Катетер читав Да Не | **АКО НИЈЕ, УПУТИТИ У НАЈБЛИЖУ БОЛНИЧКУ УСТАНОВУ**

Име и презиме медицинске сестре – техничара | Потпис

Напомена: *Индикације за катетеризацију навести у складу са индикација датим у табели у десном углу обрасца

Образац 2. Информисани пристанак пацијента за уринарну катетеризацију

Име и презиме пацијента

Пол: ☐ Мушки ☐ Женски	Мјесто рођења:
ЈМБ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	Датум рођења: ☐☐☐☐☐☐☐☐
Адреса:	Телефон: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Дијагноза:	
Законски заступник / старатељ:	Име и презиме:
	ЈМБ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Опис поступка: Катетеризација мокраћне бешике је поступак пласирања уринарног катетера у мокраћну бешику ради евакуације (пражњења) урина из мокраћне бешике. Постоје два типа катетеризације: привремена/интермитентна (катетер се одмах након пражњења мокраћне бешике депласира) и трајна/перманентна (катетер остаје у мокраћној бешици неколико сати, дана или мјесеци). Изводи се помоћу стерилног катетара, а врста и величина катетера се одређује понаособ за сваког пацијента. Претходно се спроводи тоалета генитално регије (топлом водом и неутралним сапуном), а затим испере водом, посуши, потом пребрише стерилним физиолошким раствором (0,9% NaCl). Катетер се уводи у мокраћну бешику уз поштовање свих мјера асепсе и антисепсе. Како би вам се осјећај нелагоде приликом пласирања катетера свео на минимум, на врх катетера ставља се стерилни лубрикант. Сам поступак траје неколико минута. Медицинска сестра – техничар која вам буде пласирала уринарни катетер обавијестиће вас о датуму депласирања уринарног катетера.

РИЗИЦИ КОД ПОСТУПКА: Компликације код катетеризације мокраћне бешике изразито су ријетке али су могуће. Могуће је код грубе катетеризације оштетити слузницу уретре и мокраћне бешике, што може довести до незнатног крварења (хематурије), касније на том мјесту може доћи до сужења мокраћне цијеви (уретре). Изузетно ријетка компликација је пробијање мокраћне цијеви (перфорација уретре), што захтијева хируршко збрињавање. Такође, веома ријетко приликом депласирања катетера може доћи до пуцања катетера, што захтијева хитно упућивање пацијента у најближу болничку установу.

Обавијештен/а сам да се при извођењу овог медицинског поступка могу догодити и друге познате и друге ријетке компликације познатог и непознатог узрока.

ИЗЈАВЉУЈЕМ ДА СЛОБОДНОМ ВОЉОМ, ЗАСНОВАНОЈ НА ПОТПУНОЈ ОБАВИЈЕШТЕНОСТИ О ПРЕПОРУЧЕНОМ ДИЈАГНОСТИЧКОМ/ТЕРАПИЈСКОМ ПОСТУПКУ

ДАЈЕМ САГЛАСНОСТ

за прихватање дијагностичког односно терапијског поступка

Датум: ☐☐. ☐☐. ☐☐☐☐.

Потпис пацијента / законског заступника / старатеља

.....

Потпис и факсимил доктора медицине.....

9 ИСПИРАЊЕ УХА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се поступак испирања уха код пацијената, који се изводи по налогу доктора медицине.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.2. Термини

Испирање уха – поступак убризгавања топле воде помоћу шприце у ушни канал.

Церумен – жућкаста материја која се излучује у ушним каналима.

2.3 Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилан, сигуран и јединствен начин испирања уха.

Мјере предострожности

- провјерити исправност шприце;
- испитати температуру топле воде стављајући неколико капи на унутрашњу страну ручног зглоба медицинске сестре – техничара;
- испирање мора бити безболно, ако млаз топле воде наноси бол, треба смањити снагу и брзину млаза;
- максимална количина топле воде која се употријеби за испирање једног уха је 500 ml;. Уколико се ухо не испере са овом количином воде, обавијестити доктора медицине;
- осигурати приватност и повољне услове у просторији (освјетљење и без струјања ваздуха);
- обратити пажњу на могуће нуспојаве испирања уха (блага вртоглавица, зујање у ушима; осјећај боли у ушном каналу) и компликације (перфорација бубне опне).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, дезинфиковати и осушити руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Припрема материјала

- шприца за испирање уха (Janet);

- посуда са топлом водом;
- нестерилне, једнократне рукавице;
- подметач (компреса);
- целулозна вата (целштоф);
- тупфери вате;
- бубрежњак.

Припрема пацијента

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку;
- смјестити пацијента у сједећи положај, са главом у усправном положају, лагано нагнутом на страну;
- мала дјеца треба да сједе у крилу родитеља који му придржава главу;
- ставити заштитну компресу на раме пацијента;
- замолити пацијента/родитеља/старатеља да придржава бубрежњак испод ушне шкољке.

3.1 Поступак

- представити се, објаснити поступак пацијенту/родитељима/старатељима и допустити питања;
- у шприцу навући прописану текућину и из ње истиснути сав ваздух;
- недоминантном руком ушну шкољку повући уназад и нагоре (код дјеце до 3 године назад и надоље), а врх шприце усмјерити према задњем дијелу главе и нагоре, да би млаз воде улазио преко горњег зида ушног канала, а излазио преко доњег;
- врх шприце наслонити на горњу страну ушног канала;
- најбоље је почети са више слабих млазева, затим све јачим, док вода не истјера наслаге церумена;
- након што се ухо испере, главу пацијента нагнути тако да преостала вода може изаћи из уха;
- ушна шкољка се може повући уназад да би се исправио ушни канал и вода лакше истицала;
- по завршеном поступку, ухо посушити целулозном ватом (целштоф) или тупфером;
- ставити тупфер вате у улазни дио ушног канала;
- скинути рукавице и маску, одложити их на прописан начин и опрати руке;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- евидентирати спроведену активност;
- обавијестити доктора у случају појаве нежељених реакција и исте евидентирати.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.2. Прилози

Нема.

4.3. Обрасци

Нема.

10 ПОСТАВЉАЊЕ ФИКСАЦИЈСКОГ ЗАВОЈА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром обезбјеђује се јединствен и сигуран начин поступка постављања фиксационог завоја.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Фиксација завојним материјалом – поступак којим се, користећи завоје различитих ширина, постиже стабилизација дијелова тијела након луксације, дисторзије, прелома кости или ако се сумња на прелом, у циљу осигурања хемостатског притиска, спречавања појаве хематома и отока, али и за учвршћивање газе након обраде ране.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну технику рада постављања фиксационог завоја.

Мјере предострожности

- уколико се фиксациони завој поставља на дисталне зглобове екстремитета, не завијати прсте ради праћења циркулације;
- уколико се завој поставља након обраде ране, поставља се тако да покрива двије трећине горње и доње површине ране;
- ако се поставља завој у циљу хемостазе, те уколико у току постављања или накнадно рана прокрвари, треба поставити нове слојеве газе и завоја, али никако не скидати претходно стављени завој;
- завој не смије бити лабаво постављен нити превише затегнут, изузев код опекотина гдје се завој поставља лабаво;
- предмети забодени у тијело (нож, дрво, стакло) не смију се вадити, него треба да се фиксирају газом са свих страна, а затим фиксирају завојем у затеченом положају и упуте на даљу обраду према налогу доктора медицине;
- у случају повреде костију главе, не смије се вршити директан притисак фиксацијом на повријеђени дио кости главе него се прави колут од газе и завоја, чија ширина мора прелазити ивице повреде, а преко којег се врши фиксација завојем.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

- интервенцију према потреби изводе двије медицинске сестре – техничара;
- опрати руке, посушити и дезинфиковати руке, ставити маску и навући нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о важности сарадње;
- намјестити пацијента у одговарајући положај, тако да је дио тијела који треба да се завије у функционалном или најбољем могућем положају;
- ослободити од одјеће дио тијела који се фиксира.

Материјал и опрема

- рукавице за једнократну употребу;
- завој одговарајуће ширине (6–15 cm):
  - превијање главе, шаке, прстију и стопала ширине 6 cm;
  - превијање рамена, надлактице, подлактице и поткољенице 10 cm;
  - превијање грудног коша и наткољенице 15 cm;
- вата;
- бубрежњак;
- леукопласт;
- маказе.

3.1. Поступак

- прегледати мјесто које треба да се завије због могућег постојања повреда или оштећења коже (консултовати доктора медицине уколико је потребно);
- стављати завој тако да се двије површине коже не додирују (палац–шака, прсти, груди–рука), да би се спријечила иритација коже;
- држати завој тако да је ролна завоја у доминантној руци и окренута нагоре, а слободни крај завоја у недоминантној руци;
- завој се равномјерно затеже у току замотавања;
- екстремитет се завија одоздо навише;
- држати завој близу мјеста које се завија да би се осигурала равномјерна затегнутост и притисак;
- завијати дијелове тијела спирално, спирално–повратно, повратно или методом осмице;
- након обављеног поступка крај завоја се фиксира леукопластом или копчом;
- када се постави фиксациони завој, провјерити дисталну циркулацију (изглед, боја и температура коже);
- правилно разврстати и одложити коришћени материјал;
- скинути и адекватно одложити рукавице те опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

11 ПОСТУПЦИ ИМОБИЛИЗАЦИЈЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет упутства

Овом процедуром дефинише се поступак имобилизације повријеђеног пацијента.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Имобилизација – поступак којим се, користећи имобилизациона средства, повријеђени дио тијела за одређено вријеме поставља у принудни положај и стање мировања ради његове поштеде, смањивања бола, спречавања оштећења ткива, крвних судова и нерава, те бржег зарастања рана.

Транспортна (привремена) имобилизација – подразумијева довођење повријеђеног дијела тијела у стање мировања на мјесту повређивања, непосредно након повређивања и за вријеме транспорта. Обавља се средствима којима се тренутно располаже.

Терапијска (дефинитивна) имобилизација – примјењује се у здравственим установама и подразумијева неоперативно и оперативно лијечење.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну имобилизацију.

Мјере предострожности

- имобилизација се проводи одмах, на мјесту незгоде;
- извршити процјену стања; ако постоји сумња на прелом, поступати као да он постоји;
- код затворених прелома, не скидати одјећу са повријеђеног да се не би изазвало накнадно помјерање коштаних уломака, секундарних оштећења ткива, крвних судова, нерава и појава компликација;

- повријеђени се не смије помјерати док се преломи не имобилишу;
- након сваког учвршћивања удлаге, помицања или премјештања пацијента мора се поново процијенити пулс, осјећај и моторички одговор на озлијеђеном екстремитету дистално од повреде;
- забрањена је репозиција (намјештање) прелома и/или ишчашења.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- интервенцију према потреби изводе двије медицинске сестре – техничари;
- опрати руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о важности сарадње;
- намјестити пацијента у одговарајући положај, тако да је дио тијела који треба да се имобилише у функционалном или најбољем могућем положају;
- ослободити од одјеће дио тијела који се имобилише.

Материјал и опрема

- рукавице за једнократну употребу;
- стандардна средства за имобилизацију;
- завоји различите ширине;
- гипсани завоји различите ширине;
- посуда с водом;
- вата;
- бубрежњак;
- леукопласт;
- маказе.

3.1. Поступак

- прије и након имобилизације извршити процјену стања повријеђеног – проходност дисајних путева, пулс, према потреби проводити мјере оживљавања и прве помоћи;
- уколико постоји крварење, зауставити га, превити рану, провјерити и контролисати покретљивост прстију те боју и сензибилитет коже;
- средства за имобилизацију обложити меканом тканином (вата, завој, дијелови одјеће) или ставити преко одјеће унесрећеног или поставити подлошке од мекане тканине на угрожено мјесто;
- имобилисати екстремитет у неутралном (физиолошком) положају;
- приликом постављања имобилизационих средстава обухватити два сусједна зглоба;
- имобилизација се проводи одмах након повреде, односно након доласка до повријеђеног;
- код отворених прелома, повријеђени дио тијела ослободити од одјеће скидањем са здраве стране, цијепањем или резањем по шавовима;

– повријеђени екстремитет поставити у лаку елевацију (како би се спријечио оток и осигурала ефикасна циркулација);
– средства за имобилизацију измјерити по здравом екстремитету, тако да буду дужа од оба сусједна зглоба између којих се озљеда налази;
– прсте повријеђеног дијела тијела оставити непокривене ради уочавања насталих поремећаја циркулације и процјене неуроваскуларног статуса ниже од мјеста повреде (плавило ноката, хладни прсти);
– правилно разврстати и одложити коришћени материјал;
– скинути и адекватно одложити рукавице те опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак.

3.2. Специфични поступци

3.2.1. Имобилизација код повреда горњих екстремитета

Раме и надлактица

Имобилизационо средство код повреде рамена поставља се тако да обухвата врхове прстију, лакат, раме повријеђене руке и супротно раме, а код повреде надлактице, врхове прстију, лакат и раме повријеђене руке.

– рука је приљубљена уз тијело;
– лакат је у флексији од 90°;
– подлактица је у неутралној позицији;
– шака окренутог длана према грудном кошу;
– палац шаке навише.

Подлактица

– имобилизује се зглоб лакта и ручни зглоб;
– имобилизационо средство поставља се са спољашње стране подлактице, од врхова прстију до изнад лакта, са савијеном руком у лакту а шаком полусавијеном и напола савијеним прстима. У шаку ставити један завој или савити Крамерову удлагу да испуњава полусавијену шаку и полусавијене прсте;
– поставља се мителa;
– подлактицу је најбоље имобилисати у пнеуматској удлази или Крамеровом удлагом.

Шака

– прелом ручног зглоба и шаке се имобилизује тако да имобилизационо средство иде од врхова прстију до лакта;
– имобилизује се у физиолошком положају (ручни зглоб и шака у положају држања смотуљка од меког материјала, завоја или мекане лоптице);
– поставља се мителa;
– шаку је најбоље имобилисати у пнеуматској удлази или Крамеровом удлагом.

3.2.2. Имобилизација повреда доњих екстремитета

Кук и наткољеница

– повријеђени је у лежећем положају са испруженим ногама, лако савијеним колјеном и скочним зглобом у средњем положају, тј. у положају стопала према потколјеници под углом од 90°;

- наткољеницу је најбоље имобилисати Томасовом шином;
- у недостатку Томасове шине могу послужити три Крамерове удлаге:
- једна иде са стражње стране, од лопатице повријеђене стране, преко задњег дијела трупа, задњег дијела ноге, савија се око пете и долази до врхова прстију;
- друга Крамерова удлага иде од пазуха исте стране ноге која се имобилизује, преко спољашње стране трупа, преко спољашње стране ноге до стопала, па преко овог завија на унутрашњу страну;
- трећа удлага иде од препоне са унутрашње стране повријеђене ноге до скочног зглоба;
- све три удлаге се посебно и заједнички фиксирају тракама за ногу у пет тачака: скочни зглоб, кољено, кук, карлица и крај спољашње удлаге преко грудног коша.

Поткољеница

- имобилизује се кољено и скочни зглоб;
- важе сви принципи као код повреда наткољенице само што су удлаге краће;
- поткољеницу је најбоље и најлакше имобилисати пнеуматском удлагом;
- у недостатку пнеуматске удлаге могу послужити двије Крамерове удлаге;
- прва иде од средине наткољенице према доље са задње стране ноге, савија се преко пете и иде до врхова прстију; друга иде од средине наткољенице са спољашње стране повријеђене ноге, савија се око скочног зглоба и иде унутрашњом страном ноге све до средине наткољенице, тј. до истог мјеста одакле је и почела, али са унутрашње стране повријеђене ноге.
- удлаге се посебно, а потом заједнички фиксирају у три тачке: скочни зглоб, кољено и наткољеница.

Скочни зглоб и стопало

- имобилизују се у „затеченом положају";
- најбоље и најлакше је имобилисати пнеуматском удлагом;
- у недостатку пнеуматске удлаге, може послужити једна Крамерова удлага која иде мало испод кољена, са задње стране поткољенице, завија око пете и иде до врхова прстију;
- удлаге се фиксирају у двије тачке: скочни зглоб и испод кољена.

3.2.3. Имобилизација код повреда кичме

- проценити тежину повреде и стање повријеђеног (свијест, дисање, пулс, покретљивост и осјетљивост екстремитета), мјере неодложне помоћи уз минимално покретање повријеђеног;
- за пренос повријеђеног на имобилизационо средство (спиналну даску) неопходно је присуство три или четири особе;
- поред повријеђеног поставити дугу спиналну даску;
- прва особа (координатор) стоји изнад главе повријеђеног, фиксира главу и врат у неутралној позицији;
- друга и трећа особа клече поред повријеђеног са супротне стране у односу на спиналну даску;

– друга особа обухвата рукама повријеђеног за супротно раме и изнад предјела карлице;
– трећа особа обухвата рукама повријеђеног за супротно колјено (или скочни зглоб) и предио карлице;
– на команду координатора истовремено ротирају (повлаче) тијело повријеђеног;
– трећа особа затим подупире спиналну даску испод тијела повријеђеног;
– на поновну команду координатора истовремено спуштају тијело повријеђеног на спиналну даску;
– врат се имобилише постављањем Шанцовог оковратника;
– тијело повријеђеног се фиксира тракама преко чела, рамена, карлице и поткољеница;
– на овај начин повријеђени се преноси на транспортна носила.

3.2.4. Имобилизација код повреда карлице

– повријеђени се помјера врло опрезно;
– имобилизација се врши на спиналној дасци;
– за извођење имобилизације потребно је више особа;
– карлица се чврсто фиксира повојем ширине око 60 cm (ћебе или чаршав);
– ноге и труп се фиксирају завојем;
– повријеђени је у хоризонталном положају, на леђима, са благо савијеним ногама.

3.2.5. Имобилизација код повреда главе

– прелом доње вилице имобилише се постављањем праћке за браду или обостраног завоја лица;
– прелом носних костију се имобилише праћком за нос;
– код прелома костију главе не смије се вршити компресија на напукле фрагменте костију лобање који могу извршити компресију на мождане структуре. Преко ране се поставља стерилна газа, а на намјенски припремљен колут, који се поставља око ивица ране, поставља се компресивни завој, али око ране, а не на саму рану;
– код сумње на прелом базе лобање, поставља се Шанцов оковратник. При постављању једна особа са обје руке (са стране) придржава главу повријеђеног и врши благу тракцију главе, а друга поставља оковратник.

3.2.6. Имобилизација прелома кључне кости

– имобилизује се директном фиксацијом кости или фиксацијом читавог горњег екстремитета;
– директна фиксација постиже се кружним завијањем у облику „осмице" – трака од меког материјала која с предње стране прелази преко обје кључне кости, на оба рамена, иза врата, а са задње се укршта између лопатица или се фиксира готовим – моделираним осмицама;
– затезањем задњих крајева рамена се повлаче према назад и дозира се притисак на преломљену кост – фрагменте.

3.2.7. Имобилизација уганућа

– фиксација зглоба у физиолошком положају;

– компресија зглоба;
– елевација екстремитета;
– локална апликација хладних облога.

3.2.8. Имобилизација ишчашења

– поштовати све принципе имобилизације као код повреда;
– забрањена је репозиција;
– имобилисати у затеченом положају.

3.2.9. Имобилизација отворених прелома

– зауставити крварење;
– преко ране ставити стерилну газу – зону ране заштитити меканом бандажом;
– имобилисати у затеченом положају – фрагменти кости се не репонирају.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

VI. ДИО

УЗОРКОВАЊЕ МАТЕРИЈАЛА ЗА ЛАБОРАТОРИЈСКУ АНАЛИЗУ

1 УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ КРВИ

2 УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ УРИНА

3 УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ СПУТУМА

4 УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ ФЕЦЕСА

5 УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ БРИСЕВА

1 УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ КРВИ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак узимања и слања крви за лабораторијске анализе.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.2. Термини

Нема.

2.3. Скраћенице

AV фистула – артериовенска фистула

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити правилан и сигуран поступак узимања крви за лабораторијске анализе.

Мјере предострожности

- крв за анализу не узимати из вене у коју је укључена инфузија;
- крв за анализу не узимати из екстремитета са AV фистулом и лимфедемом;
- крв за анализу која се транспортује ставити у сталак у торбу за транспорт узорака и најдуже 2 сата од вађења крв доставити у надлежну лабораторију;
- уколико се узима узорак крви у кућним условима, транспорт узорка врши искључиво медицинска сестра – техничар која је узела узорак крви.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке и навући нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- крв се узима наташте, потребно је обавијестити пацијента да прије узимања узорка крви не узима храну и течност (осим воде);
- поставити пацијента у одговарајући положај (мању дјецу имобилизовати уз помоћ родитеља/старатеља).

Материјал и опрема

- тацна или колица;
- стерилне бризгалице одговарајуће запремине;
- одговарајуће стерилне игле;
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- компреса или папирна вата;
- Есмархова повеска;
- тупфери вате;
- дезинфекционо средство за кожу;
- фластер;
- бубрежњак;
- посуде за одлагање оштрог и инфективног отпада;
- сет за вакуумско вађење крви – сталак са потребним вакуум епруветама, адаптер и игле;
- ланцете;
- микротубе или цјевчице за узорковање капиларне крви;
- водонепропусни контејнер за транспорт узорака.

3.1. Поступак

- епрувету обиљежити именом и презименом пацијента, датумом узимања крви;
- руку пацијента смјестити на чврсту подлогу;
- инспекцијом и палпацијом одабрати најповољнију вену, по могућности вену недоминантне руке. Вена се палпира постављањем једног или два прста (кажипрстом и средњим прстом) преко вене, уз благи притисак на вену, потом се ослобађа притисак у циљу процјене еластичности вене и поновног пуњења;
- поставити Есмархову повеску 10–15 cm изнад предвиђеног мјеста убода;
- замолити пацијента да стисне шаку;
- палпирати изабрану вену;
- тупфером натопљеним дезинфекционим средством дезинфиковати кожу од центра према периферији, причекати 15–30 секунди да се кожа осуши;
- доминантном руком узети припремљен сет за вађење крви;
- недоминантном руком придржати пацијентову руку и затегнути кожу;
- убости кожу под углом 30–45°, 1 cm испод мјеста уласка у вену, спустити иглу за 10° и ући у лумен вене 0,5 – 1 cm;
- на доњи дио адаптера поставити одговарајућу вакуум епрувету (зависно од врсте анализе), кроз иглу адаптера може се на исти убод узети крв у више епрувета;
- посматрати пацијента (изглед лица, реакције, пулс) и водити примјерен разговор – ако је могуће;
- након вађења крви отпустити повеску, лагано притиснути мјесто убода тупфером вате, извадити иглу;
- објаснити пацијенту да након вађења игле притисне тупфер и држи 3 минуте испружену руку, а у случају продуженог крварења држи дуже;

Врста узорка	Антикоагуланс	Боја чепа	Број инверзија
Плазма (коагулација)	Натријев цитрат (3,2%)		3–4x
Серум (биохемија)	Активатор згрушавања (силикон)		5x
Плазма (биохемија)	Литијев хепарин		8–10x
Пуна крв (хематологија, молекуларна дијагностика)	K_3EDTA		8–10x
Пуна крв (седиментација еритроцита)	Натријев цитрат (3,8%)		8–10x
Плазма (глукоза)	Натријев флуорид и калијев оксалат		8–10x
Ликвор и остали пунктати	Без додатака		/

Напомена: ако је потребно узети и узорак за хемокултуру, он је тада први у низу.

Слика 2. Врсте епрувета по врсти анализе

Слика 1.
Редослијед узимања крви

- ако пацијент не може сам држати тупфер, причврстити га фластером. Након 5 минута тупфер и фластер одстранити и одложити у инфективни отпад;
- правилно разврстати и одложити употријебљени материјал;
- скинути и адекватно одложити рукавице, опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак;
- епрувету са узорком крви ставити у водонепропусни транспортни контејнер и, уз правилно попуњену упутницу, доставити у лабораторију у што краћем року.

Напомена: Препоручује се узимање крви помоћу вакутајнер система, али уколико то није могуће (слаба вена), крв се може узети бризгалицом и иглом или беби системом. Уколико се на мјесту убода развије хематом, стављати алкохолне облоге и/или умасирати неку од антикоагулантних крема/гелова локално.

3.2. Поступак узимања капиларне крви

- најчешћа мјеста за узимање капиларне крви су јагодица III и IV прста шаке, ресица уха и пета (код новорођенчади и мале дјеце);
- убодно мјесто пребрише се дезинфекционим средством, сачека да се осуши 15 секунди и убоде ланцетом;

– послије убода прву кап крви обрисати;
– крв се сакупља у микровакутајнер, кивету, Петријеву шољу, микротубу или цјевчицу, у зависности од тражене анализе;
– послије узимања крви, мјесто убода се притисне тупфером;
– пацијенту се напомене да притисне прстом мјесто убода и да тупфер држи 3–4 минута;
– узорак крви ставити у водонепропусни транспортни контејнер и уз правилно попуњену упутницу, доставити у лабораторију у што краћем року.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

2 УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ УРИНА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак узорковања и слања урина за биохемијске и микробиолошке анализе.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.2. Термини

Општи преглед урина – подразумијева одређивање количине, изгледа, боје, мириса, pH, специфичне тежине и седимента урина.

24-часовни урин – претрага којом се провјерава функција бубрега. Проводи се прикупљањем властитог урина током 24 часа у намјенској боци.

Уринокултура – микробиолошка претрага урина која подразумијева култивацију бактерија из урина са циљем откривања и идентификације бактерија које могу бити узрок уринарних инфекција.

2.3. Скраћенице

5-HIAA – 5 – Хидроксииндол сирћетна киселина

VMA – Ванил манделична киселина

3 ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилан и сигуран поступак узорковања и слања урина на биохемијске и микробиолошке анализе.

Мјере предострожности

- не препоручује се узимање узорка урина код жена непосредно прије, за вријеме и након менструације;
- детаљно објаснити пацијенту да прије самог поступка узимања узорка урина мора обавити тоалету аногениталне регије и да током самог узимања урина у бочицу треба да узме средњи млаз првог јутарњег урина (минимално 10–20 ml);
- прије узимања узорка урина за специфичне анализе провјерити да ли пацијент узима лијекове за које се поуздано зна да утичу на резултате лабораторијске анализе;
- обавезно на упутници за микробиолошку лабораторију нагласити да ли је пацијент под антибиотском терапијом, којом и колико дуго;
- никада не узимати узорак урина из ноћне посуде и урин кесе.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- детаљно објаснити пацијенту да прије самог поступка узимања узорка урина мора обавити тоалету аногениталне регије и да током самог узимања урина у бочицу треба да узме средњи млаз првог јутарњег урина (минимално 10–20 ml).

Опрема

- рукавице за једнократну употребу (стерилне рукавице по потреби);
- стерилне вате или газе;
- маска за лице;
- компреса или папирна вата;
- посуде за инфективни отпад;
- бубрежњак;
- дезинфекционо средство;
- пеан;
- лавор, бокал са топлом водом;
- pH неутрални сапун;
- бочица за урин (стерилна по потреби);
- бубрежњак;
- водонепропусни контејнер за транспорт узорака.

3.1. Узимање узорка урина за општи преглед и микробиолошку анализу

- након обављене тоалете аногениталне регије поставити ноћну посуду испод пацијента;

- бочицу за урин обиљежити именом и презименом, датумом и временом узимања узорка;
- замолити пацијента да почне са мокрењем, пошто истекне неколико милилитара урина, без заустављања мокрења, медицинска сестра – техничар приноси бочицу за урин и узима 10–20 ml урина;
- затворити чашу водећи рачуна да се прстима не додирује унутрашња страна поклопца и чаше;
- бочицу са узорком урина ставити у водонепропусни транспортни контејнер и са упутницом доставити у лабораторију у што краћем року (најкасније 2 сата по узимању);
- распремити употријебљени материјал на адекватан начин;
- скинути рукавице, опрати, дезинфиковати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: За микробиолошку анализу урина користити стерилну бочицу за урин.

3.2. Метода узорковања урина из трајног катетера

- прије узимања урина за микробиолошку анализу, врши се замјена катетера у складу са упутством „Пласирање, тоалета и депласирање уринарног катетера код жена";
- катетер клемовати што ближе споју са дренажном кесом у трајању максимално 10–15 минута;
- одвојити уринарну кесу и извршити дезинфекцију унутрашњости катетера;
- након тога отклемовати катетер, пустити почетни млаз да истекне у ноћну посуду и под млаз који тече подметнути бочицу за урин;
- по завршеном узимању урина поново клемовати катетер и спојити са новом уринарном кесом и отклемовати катетер;
- бочицу са узорком урина ставити у водонепропусни транспортни контејнер и са упутницом доставити у лабораторију у што краћем року (најкасније 2 сата по узимању);
- распремити употријебљени материјал на адекватан начин;
- скинути рукавице, опрати, дезинфиковати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: Медицинска сестра – **техничар** објашњава поступак узорковања урина родитељу/старатељу/његоватељу и пацијенту, уз давање писаног упутства (прилог 1), и објашњава поступак сакупљања 24-часовног урина (прилог 2).

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Упутство за родитеља/старатеља/његоватеља за правилно узимање и достављање узорка урина код дјеце

Прилог 2. Упутство за родитеља/старатеља/његоватеља и пацијента за правилно узимање и достављање узорка 24-часовног урина

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Упутство за родитеља/старатеља/његоватеља за правилно узимање и достављање узорка урина код дјеце

- спроведите хигијенско прање руку водом и сапуном;
- оперите аногениталну регију чистом водом и неутралним сапуном, без стављања креме и пребрисавања влажним марамицама и оставите да се посуши на зраку без брисања;
- спроведите хигијенско прање руку водом и сапуном;
- узмите урин у посебну стерилну врећицу, која се причврсти према упутству које стоји на паковању, а дијете потом обуците;
- провјерите минимално сваких 20 минута да ли је дијете мокрило, како би се узорак што краће задржавао у врећици и како га дијете не би тијелом предуго загријавало;
- уколико дијете није мокрило унутар 20 минута, потребно је поновити прање аногениталне регије и ставити нову врећицу;
- по обављеном мокрењу, скинути врећицу и опрати дијете;
- преспите узорак из врећице у бочицу, чврсто затворите поклопац пазећи да не додирујете унутрашње ивице бочице и са упутницом доставите у лабораторију у што краћем року.

Напомена: узорак урина може се чувати на собној температури најдуже 2 сата; ако транспорт урина у лабораторију није могућ унутар 2 сата од узимања, потребно је узорак чувати у фрижидеру на температури од +2 до +8°C и не дуже од 24 сата.

Прилог 2. Упутство за родитеља/старатеља/његоватеља и пацијента за правилно узимање и достављање 24-часовног урина узорка урина

- припремите намјенску боцу за сакупљање 24-часовног урина (нпр. добро опрана и сува пластична боца);
- мокрите у чисту суву посуду, а затим урин након сваког мокрења преспите у намјенску боцу;
- да би се обезбиједила цјелокупна количина, урин се сакупља током два дана (24 часа). Забиљежите тачно вријеме почетка прикупљања урина (нпр. 7 часова ујутро првог дана) и завршетка сакупљања урина (нпр. најкасније до 7.10 часова ујутро другог дана);

  први дан:

  - ујутро након устајања мокрите и одбаците тај узорак;
  - након тога цјелокупну количину урина измокрену кроз тај дан сакупљајте у намјенску боцу.

  други дан:

  - ујутро се (након устајања) помокрите и цјелокупну количину прикључите претходно сакупљеном урину;
  - цјелокупну количину прикупљеног урина доставите у лабораторију на анализу.
  - намјенску боцу за сакупљање 24-часовног урина потребно је држати затворену на хладном мјесту.

3 УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ СПУТУМА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак узимања и слања спутума из дисајних путева пацијента за одговарајућу анализу.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Спутум – секрет који настаје у дисајним путевима.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилно и сигурно узимање секрета из дисајних путева.

Мјере предострожности

- узорак се узима ујутру, прије спровођења оралне хигијене;
- обратити пажњу на то да се узме искашљај а не испљувак или ретроназални секрет за анализу;
- искашљај за микробиолошку анализу узима се у стерилну посуду, а за цитолошку анализу у хемијски чисту посуду;
- провјерити да ли постоје контраиндикације за узимање спутума које не допуштају форсирани искашљај.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

- обући кецељу, опрати руке, ставити маску, навући рукавице те стати са стране иза пацијента.

Пацијент

- провјерити идентитет пацијента, представити се;
- осигурати приватност болесника;
- информисати болесника о поступку и важности сарадње као и о техници искашљавања;
- према процјени, болесника смјестити у сједећи, стојећи или дренажни положај.

Материјал и опрема

- рукавице и маске за једнократну употребу;
- огртач или кецеља за једнократну употребу;
- дезинфекционо средство за руке;
- посуде за узорак спутума (стерилне за микробиолошку анализу и хемијски чисте за цитолошку анализу);
- чаша млаке воде;
- папирни убруси – целштоф;
- бубрежњак;
- кесе за одлагање комуналног и инфективног отпада;
- водонепропусни контејнер за транспорт узорака.

3.1. Поступак

- пацијенту ставити папирни убрус – целштоф у руку;
- пацијент испере уста водом, воду испљуне у бубрежњак;
- ставити посуду за спутум пацијенту надохват руке,
- замолити пацијента да дубоко удахне и задржи дах 10 секунди, након тога лагано почне кашљуцати, током кашљуцања медицинска сестра – техничар помаже пацијенту притиском на грудни кош, држећи једну руку испод лопатице, а другу испод супротне дојке, код издисаја појача притисак на грудни кош;
- када пацијент осјети да се садржај ослободио, наглим јаким кашљањем избаци садржај у уста, а након тога у посуду;
- током кашљања пацијент држи папирну вату (целштоф) испред уста;
- уколико се не добије искашљај, пацијент се одмори неколико минута и понавља се поступак;
- након добијања узорка, одмах затворити и обиљежити посуде;
- помоћи пацијенту да се смјести у адекватан положај;
- распремити употријебљени материјал на адекватан начин;
- посуде са узорком спутума ставити у водонепропусни транспортни контејнер и, уз правилно попуњену упутницу, доставити у микробиолошку лабораторију у што краћем року;
- скинути рукавице, опрати, дезинфиковати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: Медицинска сестра – техничар објашњава поступак узорковања спутума родитељу/старатељу/његоватељу и пацијенту уз давање писаног упутства (прилог 1).

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Упутство за пацијента/родитеља/старатеља/његоватеља за правилно узимање и достављање узорка искашљаја

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Упутство за пацијента/родитеља/старатеља/његоватеља за правилно узимање и достављање узорка искашљаја

- узорак искашљаја узети у јутарњим сатима;
- спроведите хигијенско прање руку водом и сапуном;
- припремити посуду широког отвора, стерилну, провидну са поклопцем на завртањ;
- исперите уста водом прије давања узорка да би се избјегла контаминација бактеријама из усне шупљине и уклонили евентуални остаци хране;
- смјестите се у сједећи, стојећи или полусједећи положај;
- два пута дубоко удахните задржавајући ваздух у плућима неколико секунди (10) након сваког удаха, а након тога полако издахните;
- удахните трећи пут и након тога јако избаците ваздух;
- удахните четврти пут и искашљите из дубине плућа;
- држите посуду близу усана и испљуните пажљиво након кашљања;
- чврсто затворите посуду, пазећи да не додирујете унутрашње ивице посуде и са упутницом доставите у лабораторију у што краћем року.

Напомена: узорак искашљаја може се чувати на собној температури најдуже 2 сата, а ако транспорт искашљаја у лабораторију није могућ унутар 2 сата од узимања, потребно је узорак чувати у фрижидеру на температури од +2 до +8°C и не дуже од 24 сата.

4 УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ ФЕЦЕСА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак узимања и слања фецеса од пацијента за анализу.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити правилан и сигуран поступак узорковања и слања фецеса на микробиолошке, лабораторијске и паразитолошке анализе.

Мјере предострожности

- не узимати лијекове који могу изазвати крварење у пробавном тракту (ацетилсалицилна киселина, индометацин, фенилбутазон, резерпин, кортикостероиди и др.) и препарате жељеза који боје столицу и могу маскирати крварење током 48–72 сата прије давања узорка фецеса;
- узорак фецеса не смије бити помијешан са урином, тоалет папиром или другим хемијским средствима.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

- обући заштитну кецељу, опрати руке, ставити маску и навући рукавице.

Пацијент

- представити се;
- провјерити идентитет пацијента и договорено вријеме узимања узорка;
- информисати о поступку сарадње;
- потребно је да пацијент обави тоалету аногениталне регије;
- осигурати приватност пацијента.

Опрема

- колица
- стерилне посуде за узимање узорка столице;
- заштитна кецеља, нестерилне рукавице и маска за једнократну употребу;
- ноћна посуда;
- пелена одговарајуће величине;
- сапун, убрус и посуда са водом за перианалну хигијену;
- целштоф – папирна вата;
- параван;
- посуде за одлагање медицинског отпада.

3.1. Узимање узорка фецеса за микробиолошке и паразитолошке анализе

- прије дефекације спровести тоалету перианалне регије;
- након што пацијент дефецира у посуду/пелену, шпатулом пребацити узорак фецеса у посуду за узорак, те пацијента намјестити у адекватан положај;
- минимална количина фецеса за бактериолошки преглед је 2 g, а за паразитолошки преглед 5 g или 5 ml текуће столице;
- посуде са узорком фецеса ставити у водонепропусни транспортни контејнер са попуњеном упутницом, доставити у микробиолошку лабораторију у што краћем року;
- уколико се узорак не може одмах послати у лабораторију, максимално вријеме транспорта је: 30 минута за течне столице, 1 сат на собној температури за получврсте, 24 сата на + 2 до + 8°C за чврсте столице;
- правилно разврстати и одложити коришћени материјал;
- скинути и адекватно одложити рукавице, опрати и посушити руке.

3.2. Узимање узорка фецеса на окултно крварење

- прије дефекације спровести тоалету перианалне регије;
- након што пацијент дефецира у посуду/пелену, шпатулом пребацити узорак фецеса (2–4 g) у посуду за узорак, те пацијента намјестити у адекватан положај;
- потребно је прикупити 3 узорка током три узастопна дана;
- узорци се узимају са више различитих мјеста столице;
- посуду обавезно обиљежити именом и презименом пацијента, датумом и временом узимања узорка фецеса са напоменом „1. дан“ или „1. узорак“;
- исти поступак поновите други и трећи дан;
- уколико столица изостане у једном од три дана прикупљања, узорак наставити прикупљати сљедећи дан, све док се не сакупе сва три узорка столице;
- посуде са узорком фецеса ставити у водонепропусни транспортни контејнер и са упутницом доставити у лабораторију у што краћем року;
- правилно разврстати и одложити коришћени материјал;
- скинути и адекватно одложити рукавице, опрати и посушити руке.

Напомена: Медицинска сестра – техничар објашњава поступак узорковања фецеса пацијенту/родитељу/старатељу/његоватељу уз давање писаног упутства (прилог 1).

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Упутство за пацијента/родитеља/старатеља/његоватеља за правилно узимање и достављање узорка столице

4.2. Обрасци

Нема.

Слика 1. Посуда за узорковање фецеса

Прилог 1. Упутство за пацијента/родитеља/старатеља/његоватеља за правилно узимање и достављање узорка столице

- спроведите хигијенско прање руку водом и сапуном;
- оперите перианалну регију чистом водом и неутралним сапуном;
- спроведите хигијенско прање руку водом и сапуном;
- припремите посуду за узимање столице (чиста, опрана и суха).

Узимање узорка столице за микробиолошку анализу (копрокултура)

- непосредно након пражњења цријева у посуду узмите 3–4 кашичице столице (не препуњавати посуду), при чему треба да бирате слузаве, гнојаве и крваве дијелове – уколико их има;
- затворите поклопац посуде а посуду омотајте да би се приликом транспорта узорка избјегла контаминација руку;
- чврсто затворите поклопац пазећи да не додирујете унутрашње ивице бочице и оперите руке водом и сапуном;
- узорак столице са упутницом доставите у лабораторију у што краћем року.

Узимање узорка столице за паразитолошку анализу (столица на паразите)

- непосредно након пражњења цријева, стерилну посуду напуните узорком столице само допола (не препуњавати стерилну посуду);
- бирајте слузаве, гнојаве и крваве дијелове столице – уколико их има;
- узорак је потребно узети сваки дан и доставити га исти дан кад је узет (најкасније два сата по узимању);
- уколико столица изостане у једном од три дана прикупљања, узорак наставити прикупљати сљедећи дан, све док се не сакупе сва три узорка столице;
- затворите поклопац посуде а посуду омотајте да би се приликом транспорта узорка избјегла контаминација руку;
- чврсто затворите поклопац пазећи да не додирујете унутрашње ивице бочице и оперите руке водом и сапуном
- узорак столице са упутницом доставите у лабораторију у што краћем року.

Напомена: узорак столице не смије бити помијешан са урином, тоалет папиром или другим хемијским средствима. Код мале дјеце, узорак столице се узима са пелене на претходно описан начин.

5 УЗОРКОВАЊЕ И СЛАЊЕ БРИСЕВА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак узорковања и слања брисева на микробиолошке анализе.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилан и сигуран поступак узорковања и слања брисева на микробиолошке анализе.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- представити се, информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- проценити да ли је потребна помоћ друге особе (мала дјеца).

Материјал и опрема

- стерилне брис епрувете (слика 1);
- стерилна шпатула (за брис из ждријела);
- 0,9% NaCl;
- бубрежњак;
- папирна вата;
- рукавице за једнократну употребу;
- маска за лице;
- водонепропусни контејнер за транспорт узорака;
- посуде за одлагање комуналног и инфективног отпада.

3.1. Брис назофаринкса

- епрувету обиљежити именом и презименом, датумом и временом узимања узорка;
- замолити пацијента да на дан узимања бриса најмање два сата прије узимања не ставља у нос неко антимикробно или дезинфекционо средство;
- пацијента поставити у положај са благо забаченом главом уназад, мала дјеца сједе у крилу родитеља/старатеља који им придржава главу;
- пажљиво отворити брис епрувету и извадити штапић водећи рачуна да се не контаминира, а затим штапићем њежно проћи кроз ноздрву од 5–7 cm у назофарингс, држећи штапић близу септума и пода носа;
- пажљиво вратити штапић са узорком у брис епрувету;
- збринути пацијента;

– правилно разврстати и одложити употријебљени материјал;
– скинути и адекватно одложити рукавице, опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– епрувету са узорком ставити у водонепропусни транспортни контејнер и, уз правилно попуњену упутницу, доставити у микробиолошку лабораторију у што краћем року.

3.2. Узорковање бриса ждријела

– замолити пацијента да на дан узимања бриса из ждријела не пере зубе и уста, не доручкује;
– епрувету обиљежити именом и презименом, датумом и временом узимања узорка;
– пацијента поставити у положај са благо забаченом главом уназад, мала дјеца сједе у крилу родитеља/старатеља који им придржава главу;
– недоминантном руком језик притискати надоле помоћу стерилне шпатуле;
– пажљиво отворити брис епрувету и извадити штапић водећи рачуна да се не контаминира, а затим штапићем брис узети ротирањем око осовине, бришући тонзиларна поља од једне до друге стране;
– пажљиво вратити штапић са узорком у брис епрувету;
– потом збринути пацијента;
– правилно разврстати и одложити употријебљени материјал;
– скинути и адекватно одложити рукавице, опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– епрувету са узорком ставити у водонепропусни транспортни контејнер и, уз правилно попуњену упутницу, доставити у микробиолошку лабораторију у што краћем року.

3.3. Узорковање бриса ране

– поставити пацијента у адекватан положај, зависно од локализације ране;
– ослободити рану од завојног материјала и очистити површину ране стерилним тупфером натопљеним 0,9% NaCl;
– пажљиво отворити брис епрувету и извадити штапић водећи рачуна да се не контаминира;
– штапићем узети брис ране пазећи да се не дотакне околина коже и узорак контаминира;
– пажљиво вратити штапић са узорком у брис епрувету;
– потом збринути пацијента;
– правилно разврстати и одложити коришћени материјал;
– скинути и адекватно одложити рукавице, опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– епрувету са узорком ставити у водонепропусни транспортни контејнер и, уз правилно попуњену упутницу, доставити у микробиолошку лабораторију у што краћем року.

Слика 1. Брис епрувете

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

VII. ДИО

ПРОМОТИВНО-ПРЕВЕНТИВНИ РАД

1 ПРОЦЈЕНА И ПРОФИЛИРАЊЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

2 ПРОМОТИВНИ РАД МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА

3 ЕДУКАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА О ПРАВИЛНОЈ ПРИМЈЕНИ ЛИЈЕКА

4 ПРЕГЛЕД СТОПАЛА И ПРОЦЈЕНА РИЗИКА ОД НАСТАНКА ДИЈАБЕТЕСНОГ СТОПАЛА

5 САВЈЕТОВАЊЕ ПАЦИЈЕНТА ОБОЉЕЛОГ ОД ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУСА О ЊЕЗИ СТОПАЛА

6 ПРОЦЈЕНА РИЗИКА И МЈЕРЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ ОД ПАДА У КУЋИ

7 ПРОЦЈЕНА КОГНИТИВНОГ СТАТУСА ПАЦИЈЕНТА

8 ПРОЦЈЕНА УРИНАРНЕ И ФЕКАЛНЕ КОНТИНЕНЦИЈЕ

9 СВЕОБУХВАТНА ГЕРИЈАТРИЈСКА ПРОЦЈЕНА

1 ПРОЦЈЕНА И ПРОФИЛИРАЊЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинисана је улога медицинске сестре – техничара у процјени и профилирању заједнице.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2 ТЕРМИНИ И ДЕФИНИЦИЈЕ

2.1. Термини

Здравствена потреба (*Health need*) – у свом темељном значењу односи се на недостатак здравља и жељу људи да остану здрави. Здравствена потреба у професионалном (медицинском) значењу дефинише се као (биолошки, епидемиолошки...) недостатак здравља који захтијева превентивну или куративну интервенцију.

2.2. Скраћенице

ТПМ – Тим породичне медицине;

МКБ-10 – Међународна класификација болести (10. ревизија).

3. ПРОЦЈЕНА И ПРОФИЛИРАЊЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

3.1. Процјена и профилирање у тиму породичне медицине

Процјена здравствених потреба јако је важан задатак јавног здравља. Укључује епидемиолошке, квалитативне и компаративне методе за опис здравствене популације: идентификација неједнакости у здрављу и доступности здравствене заштите, избор приоритета и најефикаснија употреба ресурса.

Медицинска сестра – техничар почетком године задужена је да у свом тиму породичне медицине уради процјену и профилирање пацијената који су регистровани. Након завршеног процеса регистрације и/или пререгистрације пацијената, који се одвија крајем сваке године, а након добијања података из Фонда здравственог осигурања Републике Српске о регистрованим/верификованим корисницима, за сваки тим врши процјену и профилирање у ТПМ за наредну годину.

Увидом у доступну медицинску документацију, медицинска сестра – техничар врши процјену и профилирање корисника услуга у свом тиму односно структуру корисника пацијената.

Из медицинске документације медицинска сестра – техничар прикупља податке о структури пацијената по:

- дијагнози (МКБ-10), старости и полу;
- потребама корисника за здравственом његом.

Медицинска сестра – техничар доступне податке анализира и обрађује и дефинише листу потреба корисника за здравственом његом по приоритетима.

Медицинска сестра – техничар прикупља и анализира остале релевантне податке значајне за процјену локалне заједнице:

- социодемографске карактеристике становништва (прилог 1);
- географске карактеристике подручја;
- административно уређење;
- основне функционалне јединице заједнице;
- економске карактеристике;
- здравствено стање становништва;
- локални фактори који утичу на здравље.

Медицинска сестра – техничар организује састанак са представницима институција и установа на нивоу локалне заједнице како би се остварили заједнички циљеви за добробит корисника здравствене његе.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Социодемографске карактеристике регистроване популације

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Социодемографске карактеристике регистроване популације

Припрема спискова регистрованих домаћинстава са бројем чланова домаћинства, њиховим личним подацима, адресама становања, бројевима телефона чланова домаћинства. Потребно је означити домаћинства у односу на број чланова нпр: једночлано, двочлано, трочлано...
Утврдити социјални статус
Идентификовати домаћинства у којима има дјеце и доб дјеце
Идентификовати домаћинства у којима има лица старијих од 65 година
Идентификовати домаћинства у којима живе обољели од малигних обољења
Идентификовати домаћинства у којима живе обољели од хроничних незаразних болести
Идентификовати домаћинство у којима живе обољели пацијенти на хроничној дијализи
Идентификовати лица са инвалидитетом и лица са сметњама у развоју којима је потребна здравствена њега
Идентификовати број трудница породиља и новорођенчади

2 ПРОМОТИВНИ РАД МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се јединствен начин извођења едукације корисника здравствене заштите од стране медицинске сестре – техничара.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Промоција здравља – процес који омогућује људима да повећају контролу над одредницама здравља и тиме побољшају своје здравље.

Здравствена едукација – бави се низом циљева, укључујући давање информација, промјену ставова, промјену понашања и друштвену промјену.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити едукацију корисника здравствене заштите од стране медицинске сестре – техничара.

Мјере предострожности

- едукација корисника здравствене заштите мора бити прилагођена: њиховом стању, старосној доби, интелектуалним способностима, степену образовања, социоекономским условима.

3.1. Методе здравствене едукације

- интервју је основна метода која се користи приликом едукације;
- предавања и презентација путем средстава јавног информисања (ако се жели обухватити више корисника);
- дискусија је метода када више људи говори са разних становишта, да би се након тога развила дискусија о томе;
- демонстрација је метода показивања одређеног поступка (примјена лијека, самопреглед дојки, употреба peak-flow метра и мјерних дозних инхалатора).

3.2. Индивидуална едукација корисника здравствене заштите

- индивидуална едукација појединца један је од најбољих видова едукације. Она обезбјеђује добар контакт, двосмјерне информације, развијање повјерења и брзо усвајање одређених вјештина;
- обавља је медицинска сестра – техничар у просторији гдје је приватност заштићена (пријемна соба, интервенција или у кући пацијента);
- потребно је са корисником здравствене заштите договорити термин доласка на едукацију, како би медицинска сестра – техничар могла планирати вријеме за едукацију, а да то не утиче на свакодневне активности везане за тимски рад;
- прије едукације потребно је припремити: едукативни материјал, брошуре, слике, алгоритме, моделе;
- током едукације показати заинтересованост, брижност, отвореност, прихватање, саосјећање, искреност и поштовање;
- остварити добру комуникацију: слушати, постављати права питања и знати охрабрити корисника за разговор;
- едукацију прилагодити кориснику и његовим могућностима усвајања информација;
- трајање едукације ограничити на максимално 20 минута.

3.3. Едукација у малим групама корисника здравствене заштите

- едукација у малим групама (3–6 особа) обавља се периодично у циљу промоције здравља;
- едукацију у малим групама могу водити једна или двије медицинске сестре –техничара;
- едукација треба да се планира, одреди оптимално вријеме, припреми простор и опрема;
- позвати кориснике телефоном, поставити обавијест на огласну таблу или их обавијестити путем електронских медија;
- припремити едукативни материјал за одређену тему;
- вријеме трајања едукације може бити од 20 до 45 минута уз интерактивну комуникацију (дозволити питања и дати одговоре; омогућити учесницима међусобну дискусију и размјену искустава).

3.4. Едукација у заједници (велика група)

- едукација у заједници захтијева припреме у зависности гдје и за кога би се едукација обављала, а подразумијева техничку подршку и сарадњу локалне заједнице;
- едукацију у заједници обавља медицинска сестра – техничар, више њих или мултидисциплинарни тим, у салама за предавање дома здравља или сличним просторима;
- за провођење едукације могуће је користити више метода које укључују: дискусије, демонстрације, презентације случаја и др.;
- обрађују се актуелне теме везане за промоцију здравља, а значајне су широј популацији;
- ове активности могу укључивати практични садржај (мјерење шећера у крви, крвног притиска, антропометријска мјерења, орална хигијена и сл.).

3.5. Препоруке

- користити језик који је разумљив и прилагођен сваком пацијенту и његовој пратњи;
- са пацијентом/пацијентима разговарати сталожено, разговијетно, прецизно и аргументовано;
- простор, опрему (рачунарска подршка) и промотивни материјал прилагодити величини групе са којом се изводи едукација.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

3 ЕДУКАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА О ПРАВИЛНОЈ ПРИМЈЕНИ ЛИЈЕКА

1 ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак едукације пацијената о правилној примјени лијека.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити адекватну едукацију пацијента о правилној примјени лијека.

Мјере предострожности

- уколико пацијент није способан да сам припрема и/или узима лијекове, процедуру спровести са чланом породице, његоватељем/старатељем.

3.1. Израда листе медикације коју пацијент узима

- приликом посјете пацијента здравственој установи или приликом кућне посјете, замолити пацијента да наброји и покаже све лијекове које узима редовно или повремено;
- унијети податке о свим лијековима које пацијент узима у образац Листа медикације пацијента;
- замолити пацијента да објасни због чега узима неки лијек (због које болести или стања, да ли му је тај лијек прописао доктор породичне медицине или специјалиста одређене гране медицине и др.);
- замолити пацијента да објасни како узима сваки појединилијек (колико лијека, колико пута у току дана, којим путем примјене, прије јела / послије јела и др.);
- за сваки појединачни лијек проценити да ли су појединачна доза, учесталост дозирања, укупна дневна доза и пут примјене лијека које пацијент наводи, као и затечено бројно стање лијека, у складу са прописаним начином узимања лијека. Податак о томе да ли пацијент узима лијек како је прописано унијети у образац Листа медикације пацијента;
- за сваки појединачни лијек проценити да ли је потребна едукација пацијента о правилној примјени лијека и податак о томе унијети у образац Листа медикације пацијента;
- по завршетку посјете, попуњен образац Листа медикације пацијента упоредити са подацима о лијековима наведеним у здравственом картону пацијента и ако има неких неслагања, обавијестити доктора медицине, како би се предузеле адекватне мјере.

3.2. Едукација пацијента о правилној примјени лијека

- уколико медицинска сестра – техничар процијени да је потребна едукација о правилној примјени лијека, едукацију спровести током исте посјете или је планирати за наредну посјету;
- спроводити индивидуалну едукацију пацијента у складу са процедуром „Превентивни рад медицинске сестре – техничара“;
- спроводити едукацију у складу са процедурама о начину примјене лијека, у зависности од врсте лијека за који је потребна едукација („Орална, сублингвална и букална примјена лијека“, „Супкутана примјена лијека“, „Примјена лијека инхалацијом“, „Трансдермална примјена лијека“ и др.)
- евидентирати спроведену едукацију у одговарајућу документацију.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

1. Листа медикације пацијента

Образац 1. Листа медикације пацијента

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА, ЈМБ			
ПОЛ, ДАТУМ И ГОДИНА РОЂЕЊА, СТАРОСТ	□ М □ Ж	___/___/_____	_____ ГОДИНА
ДОКТОР ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ, ТИМ	ДР	ТПМ	
ДИЈАГНОЗЕ БОЛЕСТИ (МКБ-10)			
ДАТУМ ИЗРАДЕ ЛИСТЕ, ЛИСТУ ИЗРАДИО/ЛА	___/___/_____		
НАПОМЕНЕ/ЗАПАЖАЊА			

Р. БР.	НЕЗАШТИЋЕНИ (ГЕНЕРИЧКИ) НАЗИВ ЛИЈЕКА	ЗАШТИЋЕНИ (ФАБРИЧКИ) НАЗИВ ЛИЈЕКА, ПРОИЗВОЂАЧ	ЈАЧИНА	ОБЛИК	ПАКОВАЊЕ	ПОЈЕДИНАЧНА ДОЗА	УЧЕСТАЛОСТ ДОЗИРАЊА	УКУПНА ДНЕВНА ДОЗА	ЗАТЕЧЕНО БРОЈНО СТАЊЕ ЛИЈЕКА	ПАЦИЈЕНТ УЗИМА ЛИЈЕК КАКО ЈЕ ПРОПИСАНО	ПАЦИЈЕНТУ ПОТРЕБНА ЕДУКАЦИЈА О ПРАВИЛНОЈ ПРИМЈЕНИ ЛИЈЕКА

4 ПРЕГЛЕД СТОПАЛА И ПРОЦЈЕНА РИЗИКА ОД НАСТАНКА ДИЈАБЕТЕСНОГ СТОПАЛА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинских сестара – техничара код провођења прегледа стопала и процјене ризика за настанак дијабетесног стопала.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2 ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1 Термини

Дијабетесно стопало – стопало нарушеног функционалног интегритета због инфекције рана и разарања ткива, те оштећења живаца и болести крвних судова ногу.

2.2 Скраћенице

ТПМ – тим породичне медицине.

3 ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: процјена ризика од настанка дијабетесног стопала у амбулантним и кућним условима.

Мјере предострожности

- уколико приликом процјене пулса није могуће напипати пулс, обавијестити љекара који ће упутити пацијента на даљу процјену крвних судова;
- монофиламенти имају тенденцију да изгубе могућност савијања након што се неколико пута употријебе током једног дана или трајно након дуготрајне употребе. У зависности од врсте монофиламента, препоручујемо да се монофиламент не користи 24 сата након примјене код 10–15 пацијената и да се замијени након употребе код 70–90 пацијената.

Припрема медицинске сестре – техничара, болесника, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и важности сарадње.

Материјал и опрема

- целштоф или компреса;

– звучна виљушка 128 Hz;
– Semmens-Weinstein монофиламент (силиконска игла) 10 g.

3.1. Поступак

Процјена ризика од настанка дијабетесног стопала укључује сестринску анамнезу и преглед оба стопала.

Сестринска анамнеза подразумијева процјену сљедећих фактора:

– дужина трајања дијабетеса (од када пацијент има обољење);
– вриједности шећера у крви;
– вриједност гликолизираног хемоглобина (HbA1C);
– присуство оштећења циљних органа (срце, очи, бубрези);
– присуство коморбидитета (хипертензија, дислипидемија);
– фактори ризика – пушење, алкохол, гојазност;
– постојање претходне историје улцера стопала.

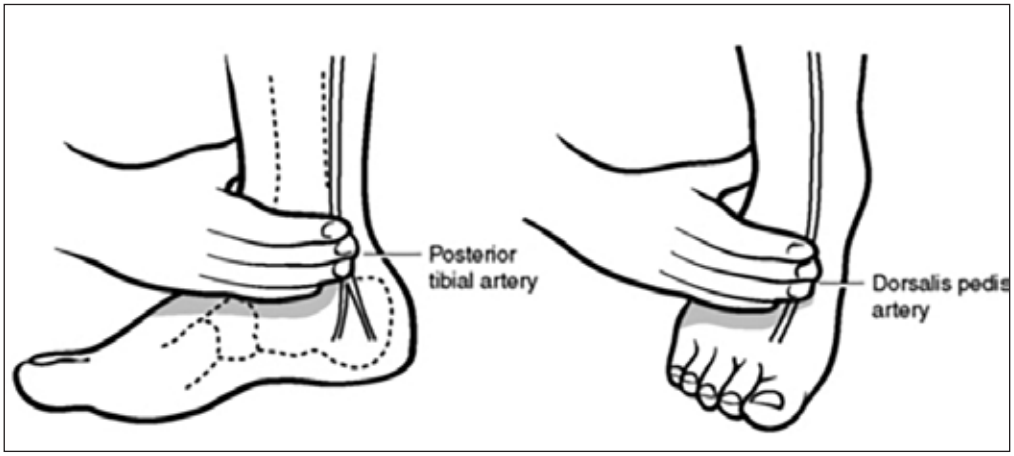
Преглед стопала укључује: визуелну инспекцију, палпацију, процјену површинског и сензибилитета помоћу монофиламента (силиконска игла), процјена дубоког сензибилитета помоћу звучне виљушке и тест лаганог додира.

Визуелна инспекција:

– преглед стопала почети од прстију према пети, укључујући и предио између прстију и дужину ноктију, укључујући и хигијену стопала;
– прегледати на кожи присуство повреда, задебљања, жуљева, фисура, рана, улцера као и других необичајених појава;
– провјерити могућа мјеста ризика за настанак улкуса (танка, њежна, сјајна кожа);
– утврдити постојање промјена на ноктима (задебљања, урасли нокти, гљивичне инфекције);
– прегледати обућу (подставу, материјал, присуство страних предмета, ношење погрешног калупа и неодговарајуће величине).

Палпација подразумијева:

– утврдити присуство пулса на артеријама *tibialis posterior* и *dorsalis pedis* (слика 1);



Слика 1.

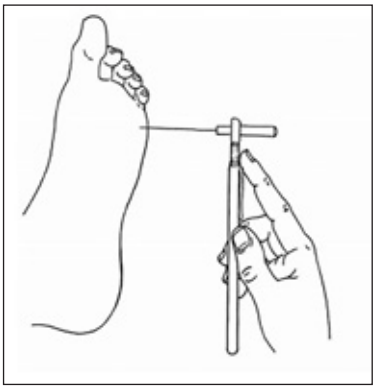
– опипати стопала (топла/хладна и/или сува/влажна стопала). Сумња на дијабетесно стопало су најчешће сува и топла стопала;
– капиларно пуњење великог прста (након притиска нокта нормално је пуњење за мање од двије секунде).

Процјена површинског сензибилитета помоћу монофиламента (силиконска игла)

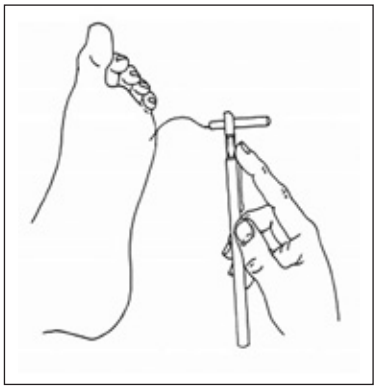
Овим испитивањем процјењује се постојање одговора на надражај коже табана, након додира коже силиконском иглом монофиламента тежине 10 грама.

– прво примијените монофиламент на пацијентовим рукама – да схвати и доживи осјећај додира монофиламента;
– тестирати три различита мјеста на сваком стопалу одабраних међу приказанима на слици 2;
– осигурати да пацијент не види да ли је и гдје је медицинска сестра – техничар примијенио монофиламент;
– нанијети монофиламент окомито на површину коже (слика 3) са довољно снаге да дође до савијања монофиламента (слика 4);
– укупно трајање поступка (контакт с кожом) и уклањање монофиламента би требало да буде око 2 секунде;
– не примјењивати монофиламент директно на површину улкуса, калуса, ожиљка или некротичног ткива;
– не допустити да монофиламент склизне низ кожу и не понављати контакт на истом мјесту;
– притиснути монофиламент на кожу и питати пацијента осјећа ли примијењени притисак („да“/„не“) и на ком мјесту осјећа притисак (нпр. „испупчење лијевог стопала» / „десна пета»);
– поновити покушај два пута на истом мјесту, наизмјенично са најмање једним „лажним“ покушајем у коме монофиламент није ни примијењен (укупно три питања за једно мјесто);
– заштитни сензибилитет је: очуван на сваком мјесту ако пацијент тачно одговори на два од три покушаја; оштећен ако су нетачна два од три одговора;
– охрабрити пацијента током испитивања пружањем позитивних повратних информација.

Слика 2.

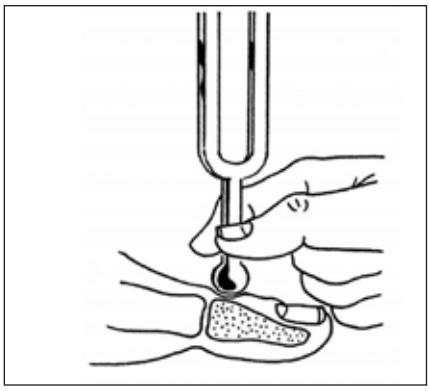


Слика 3.



Слика 4.

Слика 5.



Слика 6.

Процјена дубоког сензибилитета помоћу звучне виљушке

За испитивање дубоког сензибилитета користи се 128 Hz звучна виљушка (слика 5)

- прво поставите звучну виљушку на зглоб пацијента (лакат или кључна кост) – да схвати и доживи осјећај додира звучне виљушке;
- осигурајте да пацијент не види да ли и гдје медицинска сестра – техничар примјењује звучну виљушку;
- намјестите звучну виљушку на коштани дио дорзалне стране дисталне фаланге првог ножног прста (или другог ножног прст ако нема палца);
- поставите звучну виљушку окомито, уз константан притисак (слика 6);
- поновити поступак два пута, наизмјенично са најмање једним „лажним" поступком током којег звучна виљушка не вибрира;
- тест је позитиван ако пацијент тачно одговори на најмање два од три поступка, а негативан ако су два од три одговора нетачна;
- ако пацијент не може осјетити вибрације на ножном прсту, поновити тест проксималније (нпр. медијални или латерални малеолус, тибијална избочина).

Тест лаганог додира

Овај једноставни тест (који се такође назива Ipswich Touch Test) може се употријебити за провјеру губитка заштитног сензибилитета када 10-грамски монофиламент или 128 Hz звучна виљушка нису доступни.

- објаснити поступак пацијенту;
- замолити пацијента да затвори очи и да каже „да" у моменту када осјети додир;
- медицинска сестра – техничар лагано узастопно додирује кажипрстом врхове првог, трећег и петог прста оба стопала пацијента у трајању 1–2 секунде;
- при додиривању не гурати, не тапкати и трескати;
- губитак заштитног сензибилитета је вјероватан када се лагани додир не осјети на 2 или више мјеста.

Након спроведеног поступка, збринути пацијента, скинути и адекватно одложити рукавице, опрати и посушити руке.

Поступак евидентирати у одговарајући образац (прилог 1) и здравствени картон пацијента.

4 ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Образац 1. Оцјена ризика за настанак улцерација код пацијената обољелих од дијабетеса

Образац 1. Оцјена ризика за настанак улцерација код пацијената обољелих од дијабетеса

Десно стопало			**Лијево стопало**		
Оцјена ризика	да	не	Оцјена ризика	да	не
Задебљања на кожи			Задебљања на кожи		
Сензибилитет поремећен			Сензибилитет поремећен		
Одсуство пулсација			Одсуство пулсација		
Деформација стопала			Деформација стопала		
Историја улкуса на стопалу			Историја улкуса на стопалу		
Претходна ампутација			Претходна ампутација		

Сви одговори не – мали ризик, 1 одговор да – средњи ризик, > 1 одговор да – велики ризик

5 САВЈЕТОВАЊЕ ПАЦИЈЕНТА ОБОЉЕЛОГ ОД ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУСА О ЊЕЗИ СТОПАЛА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинских сестара – техничара код провођења савјетовања пацијента о њези стопала.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Савјетовање – значи разумјети саговорника и помоћи му да сам увиди како се понаша и да самостално доноси одлуке.

Здравствена едукација – бави се низом циљева, укључујући давање информација, промјене ставова, промјене понашања и друштвене промјене.

Дијабетесно стопало – стопало нарушеног функционалног интегритета због инфекције рана и разарања ткива, те оштећења живаца и болести крвних судова ногу.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: јединствен и сигуран приступ пацијенту обољелом од дијабетеса, са нагласком на правилну његу стопала.

Индивидуално савјетовање пацијента један је од најбољих видова едукације. Осигуран је добар контакт, двосмјерне информације, развијање повјерења и брзо усвајање одређених вјештина, уз поштивање личности пацијента.

- савјетовање о њези стопала проводи медицинска сестра – техничар након што је обавила преглед и процијенила стање стопала;
- потребно је такође процијенити већ постојеће знање пацијента о њези стопала и у складу с тим прилагодити савјете;
- знање пацијента процијенити постављањем питања отвореног типа, нпр. Како и када перете ваша стопала?; Како режете нокте?;
- динамика савјетовања треба да се прилагоди пацијенту и његовим могућностима усвајања информација.

3.1. Теме савјетовања

3.1.1. Дневна њега стопала

- прегледати стопала сваки дан;
- гледати и опипати подручја између прстију и око пета;
- уколико пацијент није у могућности да сам изврши преглед својих стопала, може користити огледало или замолити некога од чланова породице да то учини умјесто њега/ње;
- дневно прати стопала благим сапуном и млаком водом (провјерити воду лактом како бисмо били сигурни да није претопла);
- стопала не би требало да буду дуже од 2–3 минуте у води, јер кожа стопала постаје мекана и осјетљива (купка за стопала се не препоручује као дневна њега стопала);
- посушити стопала пешкиром свјетлије боје, посебно између прстију. Погледати пешкир да нема крви и гноја на њему;
- утрљати хидратантну крему у стопала (не наносити између прстију), како би се спријечила појава сухоће и распукнућа;
- користити крему два пута дневно ако је кожа изузетно суха.

3.1.2. Курје очи и калуси

- јављају се усљед притиска, најчешће усљед неодговарајуће обуће;
- никада не сјећи курје очи и калусе, увијек треба да затражите помоћ стручног лица.

3.1.3. Њега ноктију

- нокте на ногама резати при јаком свјетлу и након купања, када су нокти мекани;
- користити папирну турпију, грицкалицу за нокте или маказице;

- никада не употребљавати нож или грубу металну турпију;
- никада не гулити или откидати заноктице;
- скратити нокте на ногама равно, а никада у угловима или ниже завршетка ноктију;
- провјерити има ли оштрих рубова, ублажити их турпијом.

3.1.4. Ципеле и папуче

- не ходати бос;
- носити адекватну обућу;
- носити дубоку и довољно широку обућу са заобљеним врхом;
- носити ципеле са пертлама или чичком, било с равном или ниском петом (до 5 cm). Ђон дебљине око 1 cm;
- погледати унутрашњост ципеле због грубих мјеста, шавова или ексерчића који би могли изазвати повреду;
- нове ципеле носити код куће 20–30 минута, а затим повећавати вријеме све док пацијент не буде увјерен да нема проблема. Прегледати стопала има ли црвенила или оштећења (никада не носити нове ципеле цијели дан);
- прерасподјела силе ношења тежине на угрожене дијелове стопала може се постићи помоћу специјалне обуће или уложака;
- често су потребне специјалне ципеле за одговарајући облик стопала, те обликовани улошци. У случају озбиљног деформитета, ципеле се могу израдити индивидуално за пацијента.

3.1.5. Чарапе

- увијек носити одговарајућу величину и избјегавати чарапе са великим рубовима и дебелим шавовима;
- увијек носити чисте чарапе;
- изабрати чарапе од памука или овчје вуне, а не од синтетичких влакана;
- никада не користити подвезице, чарапе са еластином или уске сокне.

3.1.6. Проблеми са циркулацијом

- избјегавати прегријане купке и не користити електричне јастуке или термофоре.

Савјетовати пацијента да:

- престане пушити цигарете, јер пушење доводи до стезања крвних жила, што резултира смањењем циркулације у стопалима и ногама;
- не сједи прекрштених ногу или стоји дуго на једном мјесту;
- се бави прилагођеном физичком активности;
- обавијести медицинску сестру – техничара о свакој уоченој промјени на стопалу (повреди, црвенилу, безбојности, гнојењу или болу).

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

6 ПРОЦЈЕНА РИЗИКА И МЈЕРЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ ОД ПАДА У КУЋИ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинских сестара – техничара приликом процјене ризика од пада у кући и примјена мјера превенције.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Пад – изненадна, ненамјерна промјена положаја тијела која доводи особу на нижи ниво, предмет, под или земљу, а није посљедица нагле парализе, епилептичних напада или вањске силе.

Полифармација – представља примјену више лијекова истовремено, чији исход може бити већа инциденција нежељених догађаја (падови, нежељене реакције на лијекове и сл.).

Старење – представља прогресивни сталан и поступан процес смањења структуре и функције органа и органских система.

Старост – представља одређено животно раздобље повезано са хронолошком доби. Као почетак старије доби узима се добна граница од 65 година. Према критеријима Свјетске здравствене организације, старост дијелимо на: ранију старост (од 65. до 74. године), средњу старост (од 75. до 84. године) и дубоку старост (од 85. године и више).

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Процјена ризика од пада и интервенције медицинске сестре – техничара значајни су у превенцији и смањењу стопе падова, односно повреда, инвалидитета, дуготрајне здравствене његе и високих трошкова лијечења. Превенција падова почиње идентификацијом пацијента са највећим ризиком.

Циљ: дефинисати поступке медицинске сестре – техничара у процјени ризика од пада у кући и дати смјернице за мјере превенције.

3.1. Критерији за процјену ризика од пада укључују особе:

- старије од 65. године;
- са поремећајем равнотеже различите етиологије;
- са слабим видом и лошом перцепцијом простора;

- са когнитивним оштећењима;
- са психичким поремећајима;
- лошег здравственог стања удруженог са хроничним болестима;
- које узимају више лијекова истовремено/полифармација;
- са историјом претходних падова;
- које користе помоћна средства за ходање (штап, штаке, ходалице и сл.);
- сва остала стања према процјени медицинске сестре – техничара.

3.2. Поступак процјене ризика од пада и мјере превенције

- узети сестринску анамнезу која укључује:
  - прикупљање података о пацијенту увидом у претходну медицинску документацију пацијента (установа/тим гдје је пацијент регистрован и код куће пацијента),
  - интервју – разговор са пацијентом и његовом породицом,
  - посматрање пацијента,
  - мјерење виталних параметара;
  - идентификовање унутрашњих фактора ризика за пад (прилог 1);
  - идентификовање вањских факторе ризика – опасности за кретање у кући у циљу утврђивања сигурности пацијента (прилог 2) и лијекове које пацијент узима (прилог 3);
- извршити процјену ризика за пад помоћу:
  - Морсеове скале (прилог 4 и прилог 5);
  - теста „Устани и иди“ (Timed Up and Go – TUG) за процјену мобилности, хода, ризика од пада и способности одржавања равнотеже (прилог 6);
- на основу утврђених ризика за пад, са пацијентом и/или члановима породице:
  - дефинисати активности/интервенције (прилог 1);
  - дати савјете и препоруке за превенцију пада (прилог 2), поштујући личност пацијента, укључујући поштовање његове приватности, свјетоназора, те моралних и вјерских увјерења.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Унутрашњи фактори ризика и активности превенције пада

Прилог 2. Вањски фактори ризика, опасности из околине, савјети и препоруке превенције пада

Прилог 3. Лијекови који могу изазивати падове или погоршати ортостатску хипотензију

Прилог 4. Морсеова скала за процјену ризика од пада

Прилог 5. Нивои ризика према процјени из Морсеове скале и мјере превенције

Прилог 6. Тест „Устани и иди“ (Timed Up and Go – TUG) за процјену мобилности, хода, ризика од пада и способности одржавања равнотеже

Прилог 7. Алгоритам за процјену ризика од пада у кући и мјере превенције

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Унутрашњи фактори ризика и активности превенције пада

УНУТРАШЊИ ФАКТОРИ РИЗИКА	АКТИВНОСТИ ПРЕВЕНЦИЈЕ ПАДА
Проблеми са: – **кретањем,** – **устајањем из столице или кревета,** – **недостатком или неправилним коришћењем ортопедских помагала,** – **недовољним физичким активностима.**	Савјетовати пацијента: – да се креће полако, мањим корацима, – да се креће и устаје из столице или кревета исправним коришћењем рукохвата или ортопедских помагала, – да се бави прилагођеним физичким активностима.
Поремећаји равнотеже: вртоглавице, сметње у координацији, смањена способност оријентације у простору, успорени рефлекси, нестабилност на ногама.	Подстицати активности, вјежбање и оспособљавање пацијента у складу с могућностима, ради одржавања равнотеже и координације, снаге мишића, флексибилности зглобова.
Постурална хипотензија. **Губитак свијести.** **Синкопа.** **Епилепсија.**	Савјетовати пацијента и чланове породице: – о регулисању и редовној контроли крвног притиска; – о потреби лаганог устајања из кревета у сједећу, а затим у стојећу позицију, придржавајући се за рукохвате или користећи ортопедска помагала; – о адекватној хидрацији; – о поступцима при појави предсимптома губитка свијести.
Неуролошке промјене: смањење или губитак осјећаја за додир и бол, моторички поремећаји, полинеуропатија.	Упозорити пацијента на могуће опасности у окружењу (предмете који могу нанијети повреду пацијенту и изворе топлоте). Савјетовати консултације са надлежним доктором медицине.
Менталне сметње: снижена когниција / спознајне функције – збуњеност, сметеност, дезоријентисаност, немир, поремећаји расуђивања, мишљења и памћења – деменција.	На основу уочених поремећаја функција и менталних сметњи, дефинисати мјере помоћи из околине (породице, старатеља, доктора медицине).
Сметње и промјене вида везане за старење.	Савјетовати о редовним контролама вида, правилном коришћењу и одржавању помагала за вид.
Сметње и промјене слуха везане за старење.	Савјетовати о редовним контролама слуха, правилном коришћењу и одржавању слушних помагала.
Некритичност, недостатак сазнања и заборављање властитих ограничења и ограничења и опасности околине.	Указати и обнављати знања о опасностима и баријерама које ометају функционисање пацијента, као и на прилагођавање активности и понашања пацијента и прилагођавање простора.
Отежана самосталност	Са пацијентом и члановима породице дефинисати самосталне активности пацијента и активности и помоћи из околине.
Изненадни и учестали подражаји на елиминацију (мокрење, проливи).	Консултовати доктора медицине. Предузети мјере регулисања изненадних и учесталих подражаја на елиминацију, као и мјере сигурности при кретању (због губитка течности и електролита).
Узимање више лијекова повезаних са падовима/полифармација (табела 3)	Прегледати све лијекове и упозорити на нуспојаве лијекова, посебно на поспаност, вртоглавицу.
Потхрањеност, гојазност.	Савјетовати и едуковати о адекватној исхрани.
Конзумирање духана, алкохола и других психоактивних супстанци.	Савјетовати о штетном дјеловању, важности и начину престанка конзумирања дувана, алкохола и других психоактивних супстанци.

УНУТРАШЊИ ФАКТОРИ РИЗИКА	АКТИВНОСТИ ПРЕВЕНЦИЈЕ ПАДА
Неадекватна одјећа и обућа	Препоручити пацијенту да користи: – прикладну обућу (одговарајућег броја, чврстине, обавезно ђонови од гуме) и одјећу; – одржава хигијену стопала; – облачи одјећу и обућу у сједећем положају.
Два или више посртаја/пада у претходних мјесец дана	Идентификовати узроке посртаја/пада у претходном периоду и примијенити мјере превенције.

Прилог 2. Вањски фактори ризика, опасности из околине, савјети и препоруке превенције пада

ВАЊСКИ ФАКТОРИ РИЗИКА, ОПАСНОСТИ ИЗ ОКОЛИНЕ	САВЈЕТИ И ПРЕПОРУКЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ ПАДА
Осветљење: – **неодговарајуће (недовољно или прејако);** – **недоступно.**	– одговарајуће осветљење у свим дијеловима куће.
Подови: – **оштећени, влажни, клизави;** – **високи прагови.**	– поправљање неравних или оштећених подова; – одржавање подова сухим и избјегавање претјераног гланцања подова; – подешавање, ублажавање, уклањање прагова.
Подне простирке: – **оштећене и нефиксиране.**	– постављање простирки које се не клижу, причвршћивање простирки за под или потпуно уклањање.
Намјештај: – **представља препреку и омета кретање;** – **оштећен;** – **без наслона, са ниским наслонима;** – **заваљеним сједиштима;** – **превисоке полице или елементи намјештаја;** – **неадекватан кревет.**	– распоређивање намјештаја да не омета кретање; – уклањање непотребних предмета и намјештаја; – премјештање телефонских и електро каблова уз зид; – избјегавање намјештаја са точкићима; – постављање предмета, полица, елемената намјештаја, на примјерену висину и надохват руке; – прилагођавање кревета стању пацијента (висина, граничници, позиција).
Степенице: – **оштећене;** – **без рукохвата или ограде;** – **предмети на степеницама.**	– поправљање оштећених степеница; – постављање рукохвата или заштитне ограде; – уклањање свих предмета са степеница.
Купатило: – **лоше осветљење;** – **клизаве простирке, плочице, када, мокри пешкири, прљаво рубље и слично по поду;** – **коришћење држача за пешкире као рукохвата;** – **закључавање врата;**	– одговарајуће осветљење и распоред опреме; – неклизајуће, чисте, сухе плочице, неклизајуће простирке за плочице, каду, туш; – користити добро причвршћене рукохвате, не постављати вакуумом и не користити држаче пешкира као рукохвате; – коришћење сједала у кади или туш кабини; – избјегавање закључавања како би, у случају несреће, приступ био слободан.
Телефон: – **неприступачност и отежана могућност употребе телефона, звона (хитна помоћ, полиција, ватрогасци, породица).**	– постављање телефона на доступно мјесто; – држање бројева за хитну интервенцију поред телефона; – обезбјеђивање алармног уређаја и система за позив упомоћ у случају незгоде.

Прилог 3. Лијекови који могу изазивати падове или погоршати ортостатску хипотензију

АТС КОД*	ЛИЈЕКОВИ/ГРУПА ЛИЈЕКОВА
Повећавају ризик од пада	
N02	Опиоиди
N05A (N05AN искључен)	Антипсихотици (литијум искључен)
N05B	Анксиолитици
N05C	Хипнотици и седативи
N06A	Антидепресиви
Могу изазвати или погоршати ортостатску хипотензију	
C01D	Вазодилататори у кардиолошким болестима
C02	Антидепресиви
C03	Диуретици
C07	Бета блокатори
C08	Блокатори калцијумских канала
C09	Инхибитори ренин-ангиотензин систем
G04CA	Антагонисти алфа адренергичких рецептора
N04B	Допаминергички агенси
N05A (N05AN искључен)	Антипсихотици (лијтијум искључен)
N06A	Антидепресиви

АТС* – анатомско терапијско-хемијска класификација лијекова

Прилог 4. Морсеова скала процјене ризика од пада

МОРСЕОВА СКАЛА ПРОЦЈЕНЕ РИЗИКА ОД ПАДА			
Фактори ризика	**Опис**	**Бодови**	
Претходни падови; присутан или у претходна 3 мјесеца	ДА	25	_____
	НЕ	0	
Друге медицинске дијагнозе	ДА	15	_____
	НЕ	0	
Статус покретљивости	Намјештај	30	_____
	Штаке, штап, ходалица	15	
	Не користи помагало, мировање у кревету, кретање уз помоћ друге особе, инвалидска колица	0	
Инфузија, катетер	ДА	20	_____
	НЕ	0	
Физичка стабилност	Оштећење (нестабилан, потешкоће при усправљању тијела)	20	_____
	Слаб	10	
	Нормалан / мирује у кревету / непокретан	0	
Ментални статус	Заборавља ограничења	15	_____
	Оријентисан у односу на властиту покретљивост	0	
УКУПАН БРОЈ БОДОВА			

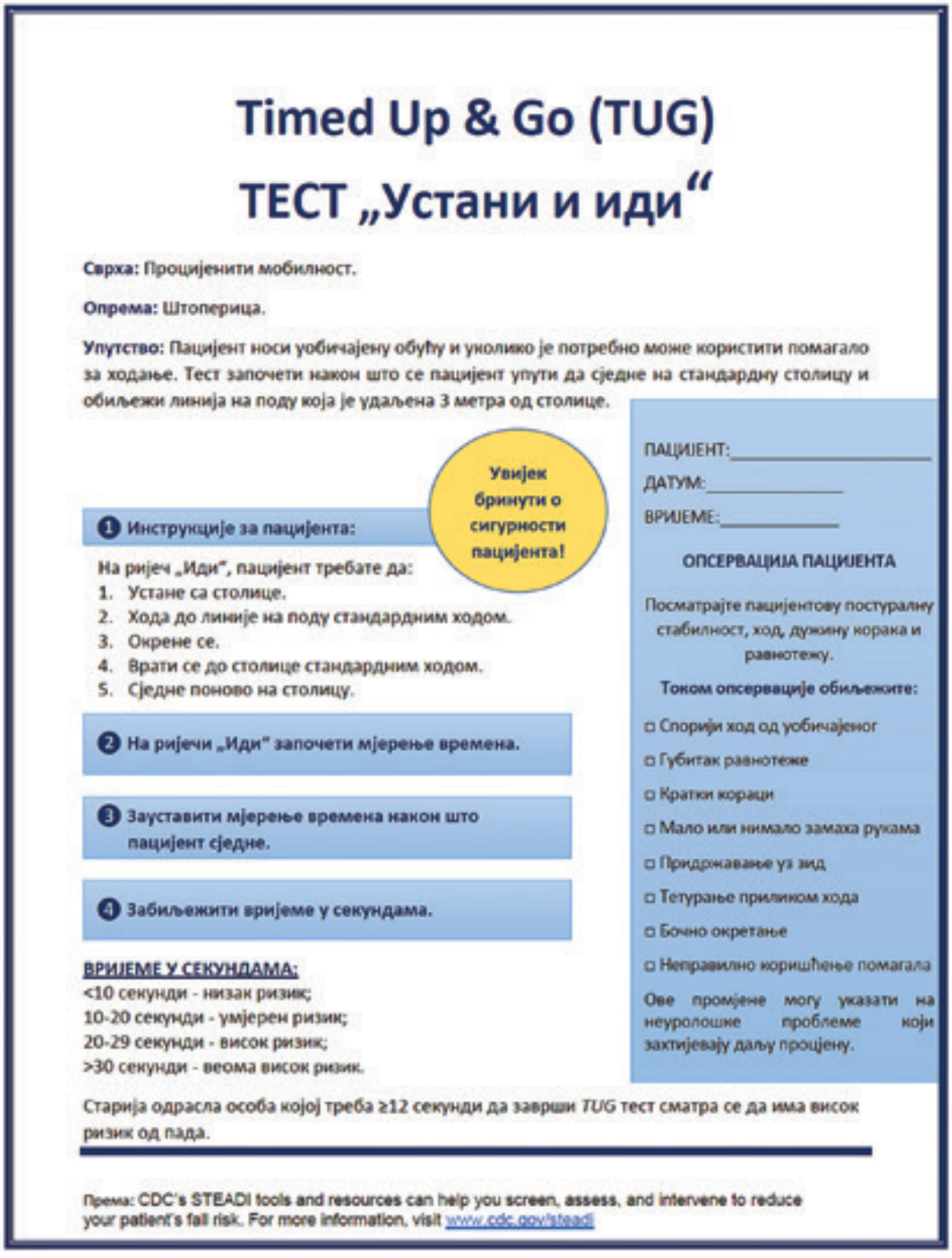
Напомена: бодове из Морсеове скале потребно је сабрати, а затим укупан броја бодова протумачити у табели за бодовање и процијенити ниво ризика за пад (прилог 2).

Прилог 5. Нивои ризика према процјени из Морсеове скале и мјере превенције

ТУМАЧЕЊЕ НИВОА РИЗИКА ПРЕМА ПРОЦЈЕНИ ИЗ МОРСЕОВЕ СКАЛЕ И МЈЕРЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ		
БОДОВИ (0–125)	**НИВОИ РИЗИКА**	**ПОСТУПЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА**
0 – 24 бода	**НИЗАК РИЗИК**	– основна здравствена њега
25–44 бода	**УМЈЕРЕН РИЗИК**	– идентификовати факторе ризика за пад; – планирати и примјењивати мјере превенције – ублажавање, уклањање и/или спречавање дјеловања фактора ризика за пад; – упознати пацијента са постојањем ризика за пад; – савјетовати и едуковати о мјерама превенције; – обавијестити породичног доктора.
45 и више бодова	**ВИСОК РИЗИК**	Спровести вишеструку процјену ризика од пада: – прегледати план његе; – идентификовати факторе ризика за пад који укључују: историју пада, преглед лијекова, физичку процјену и процјену околине; – планирати и примјењивати мјере превенције: ублажавање, уклањање и/или спречавање дјеловања фактора ризика за пад; – упознати пацијента са постојањем високог ризика за пад; – савјетовати и едуковати о мјерама превенције; – пратити пацијента 30 дана; – процијенити и подстакнути понашања за смањење ризика од пада; – обавијестити породичног доктора.

Морсеова скала једна је од најчешће коришћених скала за процјену ризика од пада. Скала се темељи на шест основних елемената којима се процјењује ризик од пада: 1) претходни падови, 2) друге медицинске дијагнозе, 3) статус покретљивости, 4) примјена инфузија, 5) физичка стабилност и 6) ментални статус. Свака од наведених категорија бодује се, те се у зависности од добијених резултата (могући распон бодова је од 0 до 125) пацијент сврстава у једну од три групе: 0 до 24 бодова – низак ризик, 25 до 44 бодова – умјерен ризик те више од 45 бодова – висок ризик. Медицинска сестра – техничар процјењује пацијента током разговора и биљежи његове одговоре на шест питања из скале. Вријеме које је неопходно за испуњавање скале је око три минуте. Резултати добијени анализом Морсеове скале помажу одредити постоји ли ризик од пада и у којој категорији, на основу чега су дефинисане интервенције са циљем превенције пада.

Прилог 6. Тест за процјену мобилности, хода, ризика од пада и способности одржавања равнотеже „Устани и иди“ *Timed Up and Go (TuG)*



Timed Up & Go (TUG)

ТЕСТ „Устани и иди“

Сврха: Процијенити мобилност.

Опрема: Штоперица.

Упутство: Пацијент носи уобичајену обућу и уколико је потребно може користити помагало за ходање. Тест започети након што се пацијент упути да сједне на стандардну столицу и обиљежи линија на поду која је удаљена 3 метра од столице.

Увијек бринути о сигурности пацијента!

1 Инструкције за пацијента:

На ријеч „Иди“, пацијент требате да:
1. Устане са столице.
2. Хода до линије на поду стандардним ходом.
3. Окрене се.
4. Врати се до столице стандардним ходом.
5. Сједне поново на столицу.

2 На ријечи „Иди“ започети мјерење времена.

3 Зауставити мјерење времена након што пацијент сједне.

4 Забиљежити вријеме у секундама.

ВРИЈЕМЕ У СЕКУНДАМА:
<10 секунди - низак ризик;
10-20 секунди - умјерен ризик;
20-29 секунди - висок ризик;
>30 секунди - веома висок ризик.

ПАЦИЈЕНТ:_____
ДАТУМ:_____
ВРИЈЕМЕ:_____

ОПСЕРВАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА

Посматрајте пацијентову постуралну стабилност, ход, дужину корака и равнотежу.

Током опсервације обиљежите:

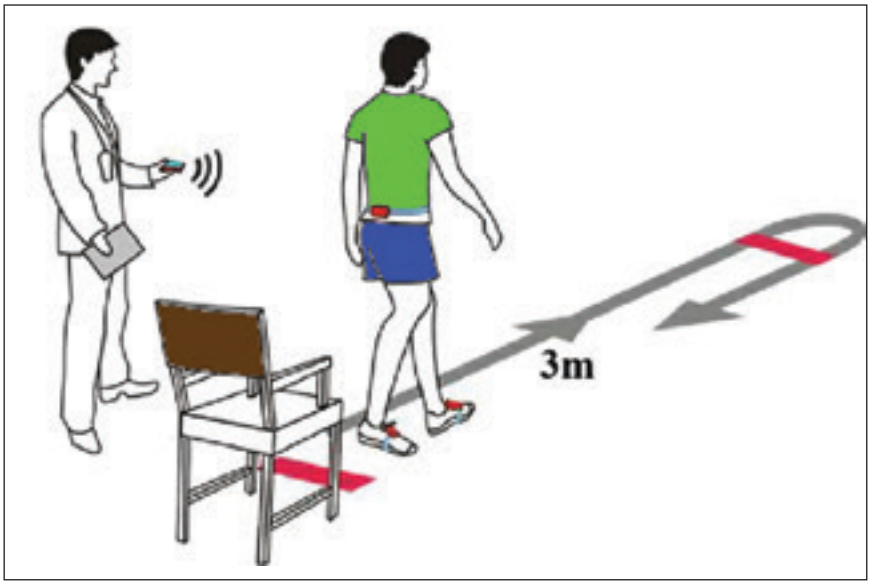
- ☐ Спорији ход од уобичајеног
- ☐ Губитак равнотеже
- ☐ Кратки кораци
- ☐ Мало или нимало замаха рукама
- ☐ Придржавање уз зид
- ☐ Тетурање приликом хода
- ☐ Бочно окретање
- ☐ Неправилно коришћење помагала

Ове промјене могу указати на неуролошке проблеме који захтијевају даљу процјену.

Старија одрасла особа којој треба ≥12 секунди да заврши *TUG* тест сматра се да има висок ризик од пада.

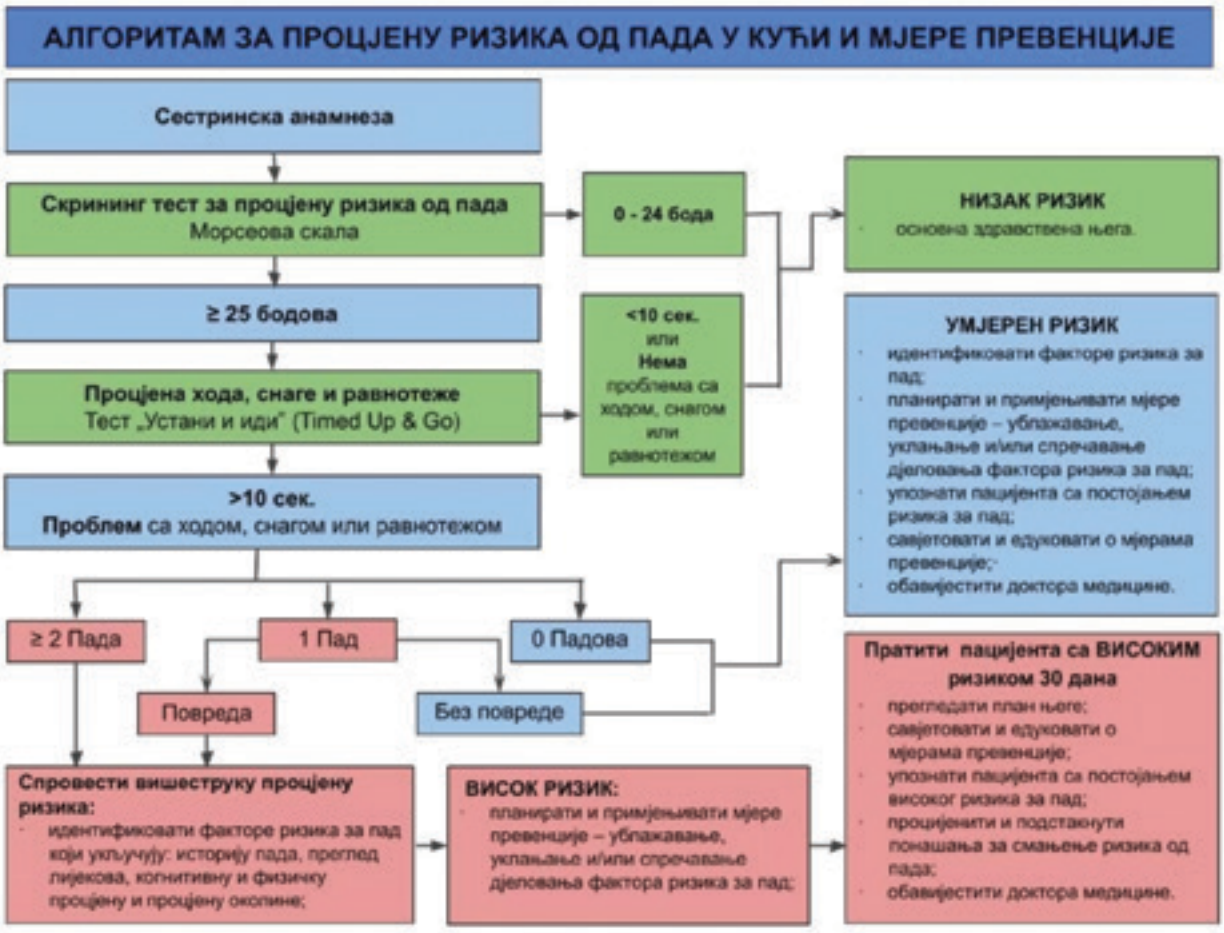
Према: CDC's STEADI tools and resources can help you screen, assess, and intervene to reduce your patient's fall risk. For more information, visit www.cdc.gov/steadi

Једноставан тест за процјену мобилности, хода, ризика од пада и способности одржавања равнотеже. Тест мјери у секундама вријеме које је пацијенту потребно да устане са стандардне столице, пређе удаљеност од 3 m, окрене се и поново сједне на столицу (слика 1). Пацијент треба да носи уобичајену обућу и користи уобичајена помагала за ходање уколико их има. Ризик се процјењује на основу времена које је потребно за извршавање теста: < 10 секунди – низак ризик, 10–20 секунди – умјерен ризик, 20–29 секунди – висок ризик, > 30 секунди – веома висок. Сматра се да особа старије животне доби којој је потребно ≥ 12 секунди да заврши TUG тест има висок ризик од пада.



Слика 1.
Тест „Устани и иди"
(Timed Up and Go – TuG)

Прилог 7. Алгоритам за процјену ризика од пада у кући и мјере превенције



7 ПРОЦЈЕНА КОГНИТИВНОГ СТАТУСА ПАЦИЈЕНТА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинске сестре – техничара приликом процјене когнитивног статуса пацијента.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Когнитивне (спознајне) функције – интелектуални процеси којима постајемо свјесни нечега, перципирамо и разумијемо идеје. Односе се на процесе којима примамо и обрађујемо информације.

Когниција – укључује различите когнитивне процесе (учење, пажња, памћење, језик, расуђивање, организовање информација, доношење одлука), које представљају дио интелектуалног развоја и искуства.

Когнитивно оштећење – односи се на појединца који има проблема са памћењем и размишљањем или доношењем одлука које утичу на свакодневни живот. Најчешћи узроци когнитивних оштећења код особа старије животне доби су деменција, делиријум и депресија.

Деменција – дефицит когнитивног функционисања у једном или више когнитивних домена као што су: учење и памћење, језик, перцепција, пажња, моторна и социјална когниција. Најчешћи облик је Алцхајмерова деменција.

2.2. Скраћенице

MMSE – Mini-Mental State Examination (Мини-ментал тест).

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: дефинисати поступке медицинске сестре – техничара у процјени когнитивног статуса пацијента.

Мјере предострожности

- *MMSE* тест није примјењив код особа млађих од 18 година;
- *MMSE* се користи као кратки скрининг тест за деменцију и не може се очекивати да *MMSE* замијени потпуну клиничку процјену у постизању коначне дијагнозе код сваког појединог пацијента;
- није специфичан за све облике деменција и тестирање код каснијих фаза неуродегенеративних деменција;
- ограничен у праћењу прогресије когнитивног дефицита;

- нема евалуације извршних функција;
- не прави разлику између различитих типова деменције;
- тест није осјетљив/сензитиван за рану фазу Алцхајмерове болести, нити је користан код узнапредовале фазе болести;
- тестирање је немогуће извести код особа са афазијом, код пацијената који имају моторни дефицит или оштећење слуха, јер је тест највећим дијелом вербалне природе;
- при тумачењу резултата теста треба да се узму у обзир фактори који утичу на резултате, укључујући ниво образовања, вјештине, претходни ниво функционисања и постигнућа, језик и оштећења, осјетила, психијатријске болести или физичке/неуролошке проблеме.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, простора, материјала и опреме

Припрема медицинске сестре – техничара

- припремити Мини-ментал тест;
- припремити празан папир и оловку (тест садржи питања која захтијевају писање и цртање).

Припрема пацијента

- идентификовати пацијента;
- обезбиједити присуство једног члана породице;
- на прикладан начин објаснити пацијенту и присутном члану породице разлоге/сврху процјене, методологију и трајање тестирања;
- затражити усмени пристанак пацијента;
- замолити пацијента да пажљиво слуша и да одговори на свако питање што тачније може;
- смјестити пацијента у одговарајући положај или му помоћи да то уради.

Припрема простора

- просторија треба да буде оптимално осивјетљена, прозрачна, без буке и звукова који би ометали пажњу и концентрацију пацијента и медицинске сестре – техничара; и прилагођена заштити личности пацијента.

3.1. Поступак

- узети сестринску анамнезу која укључује:
  - прикупљање података о пацијенту увидом у претходну медицинску документацију пацијента;
  - објективно запажање пацијента током прикупљања података (посматрање пацијента);
  - разговор са пацијентом;
  - разговор са његовом породицом/хетероанамнеза;
  - податке о присутности неких од симптома који указују на могући поремећај когниције (прилог 1);
- проценити општи когнитивни статус помоћу обрасца Мини–ментал тест на сљедећи начин:

- забиљежити вријеме почетка тестирања;
- на Мини–ментал тесту уписати датум, вријеме тестирања и опште податке о пацијенту (име и презиме, годиште, пол);
- питања из теста изговарати јасно, разумљиво и непромјењивом јачином тона;
- дати пацијенту онолико времена колико му је потребно да се заврши тестирање, без временског ограничења. За тестирање је обично потребно око 10 минута. Не журити, бити што позитивнији и дјеловати охрабрујуће. По истеку времена завршити са тестирањем;
- на основу добијених одговора за свако питање бодове евидентирати у предвиђене рубрике у тесту;
- збројите резултате теста у укупно добијеном скору;
- уколико резултати теста указују на скор мањи од 24 бода, обавијестити доктора медицине.

4 ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Симптоми и знаци поремећеног когнитивног статуса

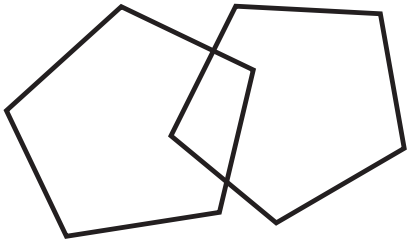
4.2. Обрасци

1. Мини-ментал тест за процјену когнитивног статуса (Mini-mental State Examination-MMSE) и скала за бодовање

Прилог 1. Симптоми и знаци поремећеног когнитивног статуса

Анамнестички подаци	Хетероанамнестични подаци	Објективна запажања
– заборављање (гдје су оставили личне ствари, имена познаника и сл.), – губитак тока мисли током разговора, – промјена расположења, – губитак сна.	– потешкоће у свакодневним активностима (сналажење са новцем, управљањем домаћинством), – промјена расположења, – дезоријентација у времену и простору, – поремећај сна, – проблеми са личним навикама (хигијена, облачење и исхрана), – поремећај саме личности (појачана егоцентричност, недостатак самоконтроле, оштећење мотивације, друштвено повлачење, узнемиреност, агресија, депресија и промјена циклуса спавања, апатија, губитак емпатије, друштвено неприхватљиво понашање).	– збуњеност, – позитивна породична анамнеза, – присутна је заборавност за недавне догађаје уз релативну очуваност дугорочне меморије.

Образац 1. Мини-ментал тест за процјену когнитивног статуса

Име и презиме:_____ **Година рођења:**_____ **Пол: М Ж**	**Датум:**_____ **Вријеме:** _____	
МИНИ-МЕНТАЛ ТЕСТ ЗА ПРОЦЈЕНУ КОГНИТИВНОГ СТАТУСА ***Mini-mental State Examination (MMSE)***	**МАКСИМАЛАН СКОР**	**ДОБИЈЕНИ СКОР**
□ **ОРИЈЕНТАЦИЈА ВРЕМЕНСКА/ПРОСТОРНА** Која је година, мјесец, дан, датум, годишње доба? У којој држави живите, град, регион, улица, број (спрат)? За сваки тачан одговор додијелити 1 бод.	5 5	___ ___
□ **ПАМЋЕЊЕ** Именовати 3 предмета (сваки предмет изговарати једну секунду, јасно и разговијетно). Након што кажете сва три, замолите пацијента да их понови. Запамтите који су јер ћу вас за неколико минута замолити да их поново именујете. **ЛОПТА, АУТО, ЧОВЈЕК**. Замолите да понови те три ствари. Понављати називе док их пацијент не понови тачно, због каснијег утврђивања памћења. Оцјењује се само први покушај.	1 1 1	___ ___ ___
□ **ПАЖЊА И РАЧУНАЊЕ** Одузмите редом бројеве од 100–7; 93–7; 86–7; 79–7; 72–7; (алтернатива је да замолите пацијента да изговори слово по слово ријечи **„С В И Ј Е Т“**, а затим га замолите да је изговори наопачке **„ТЕЈИВС“**)	5	___
□ **ПРИСЈЕЋАЊЕ** Питати пацијента која су три предмета која је требало да запамтите? **ЛОПТА, АУТО, ЧОВЈЕК**. За сваки тачан одговор додијелити 1 бод.	3	___
□ **ЈЕЗИК** Показати пацијенту два предмета (сат, оловку), те га питати како се зову?	2	___
Замолите пацијента да понови фразу за вама: **„НИШТА, АКО, И, ИЛИ, АЛИ“**	1	___
Дати команду у 3 фазе: „Ставите кажипрст десне руке на нос а затим на лијево ухо “. Додијелите по 1 бод за сваку фазу.	3	___
Замолите пацијента да прочита и поштује писану наредбу са папира. На папиру пише: **„ЗАТВОРИТЕ ОЧИ“.**	1	___
Замолите пацијента да напише једну реченицу на том комаду папира, по свом избору. Додијелити 1 бод ако је реченица разумна и има субјекат и предикат.	1	___
□ **КОПИРАЊЕ** Замолите пацијента да прецрта пар петоугаоника који се сијеку. 	1	___
Укупан скор	30	___

Скала за бодовање Мини-ментал теста

БОДОВИ (0 – 30)	РЕЗУЛТАТ Мини-ментал теста	ПОСТУПЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА
24–30	**НОРМАЛНА КОГНИЦИЈА**	Превентивно савјетовање Није потребна даља процјена
18–23	**БЛАГО КОГНИТИВНО ОШТЕЋЕЊЕ**	Савјетовати Обавијестити доктора медицине
10–17	**УМЈЕРЕНО ОШТЕЋЕЊЕ**	Обавијестити доктора медицине
0–9	**ТЕШКА КОГНИТИВНА ДИСФУНКЦИЈА**	Обавијестити доктора медицине

Тестирање когнитивног статуса пацијента може помоћи да се сазна да ли су потребни додатни тестови и/или да се предузму одређени кораци за рјешавање проблема. Когнитивно тестирање не може показати конкретан узрок оштећења. Постоје различите врсте когнитивних тестова. Свако укључује одговарање на низ питања и/или извођење једноставних задатака. Дизајнирани су да помогну у мјерењу менталних функција, попут меморије, језика и способности препознавања предмета. Најраширенији тест за процјену когнитивне функције је Мини-ментал тест (Mini-Mental State Examination – MMSE).

MMSE тест се састоји од питања којима се испитују сљедеће когнитивне функције: оријентација у простору и времену, памћење, пажња и рачунање, присјећања, језик и копирање. Тест се користи индивидуално, а просјечно трајање тестирања је око 10 минута. Максималан број бодова је 30, док гранични резултат нормалне когнитивне функције износи 24 бода.

8 ПРОЦЈЕНА УРИНАРНЕ И ФЕКАЛНЕ КОНТИНЕНЦИЈЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинске сестре – техничара приликом процјене уринарне и фекалне континенције код одраслих особа.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Процедура се не односи на процјену уринарне и фекалне континенције код дјеце.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Уринарна континенција – способност задржавања урина у мокраћној бешици између епизода вољне микције.

Фекална континенција – способност вољног задржавања фецеса и гасова.

Инконтиненција – свако невољно отицање урина или столице.

Стрес/статичка инконтиненција – невољно отицање урина усљед пораста интраабдоминалног притиска, због којег притисак у мокраћној бешици надвлада притисак у мокраћној цијеви.

Ургентна инконтиненција – невољно и изненадно отицање урина праћено јаким нагоном за мокрењем, обично на путу до купатила.

Мијешана инконтиненција – комбинација стрес и ургентне инконтиненције.

Функционална инконтиненција – пацијент није у стању доћи до тоалета због психо-физичких болести, оштећења и инвалидности.

Прелијевајућа инконтиненција – невољан губитак урина удружен са прекомјерном дистензијом мокраћне бешике.

Импакција фецеса – задржавање формираних, чврстих и дехидрираних фекалних маса у дебелом цријеву.

2.2 Скраћенице

УИ – Уринарна инконтиненција.

ФИ – Фекална инконтиненција.

ТТ – Тјелесна тежина.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Дефинисати поступке медицинске сестре – техничара у процјени уринарне и фекалне континенције и дати савјете и препоруке у зависности од типа инконтинентнције.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, простора, материјала и опреме

Припрема медицинске сестре – техничара

- припремити образац *Процјена функције мокраћне бешике и цријева (образац 1).*

Припрема пацијента

- идентификовати пацијента;
- на прикладан начин објаснити пацијенту разлоге/сврху процјене;
- затражити усмени пристанак пацијента;
- замолити пацијента да пажљиво слуша и да одговори на свако питање што тачније може.

Припрема простора

- просторија треба да буде оптимално осивјетљена, прозрачна, без буке и звукова који би ометали пажњу и концентрацију пацијента и медицинске сестре – техничара; и прилагођена заштити личности пацијента.

3.1. Поступак

- узети сестринску анамнезу која укључује:
  - прикупљање података о пацијенту увидом у претходну медицинску документацију пацијента;
  - објективно запажање пацијента током прикупљања података (посматрање пацијента);
  - разговор са пацијентом;
  - разговор са његовом породицом / хетероанамнеза;
- процијенити континенцију бешике и цријева – образац *Сестринска процјена функције мокраћне бешике и цријева*;
- савјетовати о начину вођења евиденције пацијента / члана породице / старатеља да би се утврдио уобичајени образац пражњења дебелог цријева и мокраћне бешике – образац *Дневник тродневног пражњења мокраћне бешике и цријева;*
- на основу свих прикупљених података процијенити тип инконтиненције и/или промовисати континенцију и на основу тога пацијенту / члану породице / старатељу:
  - дати савјете и препоруке према типу УИ и промовисати уринарну континенцију (прилог 1), поштујући личност пацијента, укључујући поштовање његове приватности, свјетоназора, те моралних и вјерских увјерења;
  - дати савјете и препоруке према типу ФИ и промовисати фекалну континенцију (прилог 2), поштујући личност пацијента, укључујући поштовање његове приватности, свјетоназора, те моралних и вјерских увјерења;
  - ако постоји несигурност у вези процјене врсте инконтиненције, обавијестити доктора медицине уз приложену сестринску документацију.

Напомена: Процјена континенције мокраћне бешике и цријева може захтијевати неколико посјета пацијенту како би се осигурало да се прикупе све потребне информације. Такође је важна координација активности између медицинске сестре – техничара са доктором медицине и осталим здравственим радницима укљученим у његу.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Типови инконтиненције, узроци, савјети и препоруке код уринарне инконтиненције и мјере превенције

Прилог 2. Типови столице, процјена, савјети и препоруке код фекалне инконтиненције и мјере превенције

4.2. Обрасци

1. Сестринска процјена функције мокраћне бешике и цријева

2. Дневник тродневног пражњења мокраћне бешике и цријева

Прилог 2. Типови столице, процјена, савјети и препоруке код фекалне инконтиненције и мјере превенције

Образац 1. Сестринска процјена функције мокраћне бешике и цријева

Образац 2.

Прилог 1. Типови инконтиненције, узроци, савјети и препоруке код уринарне инконтиненције и мјере превенције

Тип инконтиненције	Провоцирајући фактори/узроци	Савјети и препоруке	Промоција уринарне континенције – мјере превенције
Стрес / статичка инконтиненција	• Кихање; • Кашаљ; • Смијех; • Физички напор; • Вјежбање; • Промјена положаја тијела.	• Промјена начина живота: – редукција ТТ, – смањење уноса иританаса у исхрани (кофеин, вјештачки заслађивачи), – престанак пушења; • Адекватна исхрана и унос течности код затвора; • Третирати хронични кашаљ; • Прегледати лијекове које пацијент узима; • Сугерисати дневни унос течности од 1,5 до 2 L ако није контраиндиковано; • Едуковати болесника о медицинским помагалима (песари, кондом катетери и сл.); • Дати препоруке за вјежбе мишића дна здјелице (Кегелове вјежбе); • Вођење евиденције (образац 2 – *Дневник тродневног пражњења мокраћне бешике и цријева*); • Нема побољшања, обавијестити доктора медицине.	• Одржавање нормалне ТТ (гојазност може довести до инконтиненције). • Ограничавање уноса средстава која дјелују надражујуће на мокраћну бешику, (алкохол, кофеин, вјештачки заслађивачи, газирана пића и пиће са високим садржајем шећера и лимунске киселине). • Адекватан положај приликом мокрења, редовно пражњење мокраћне бешике (тренинг мокраћне бешике – одабрати временски интервал нпр. сваки сат времена, сачекати да се мокраћна бешика потпуно испразни). • Редовно спровођење вјежби за јачање мишића дна здјелице (Кегелове вјежбе). • Престанак пушења (кашаљ због пушења може повећати интраабдоминални притисак и може допринијети стрес инконтиненцији, а никотин може довести до ургентне инконтиненције). • Ограничавање употребе алкохола (алкохол може изазвати хитност и учесталост и довести до инконтиненције). • Превенција и рано препознавање инфекција уринарног тракта. • Код сумње на проблем, савјетовати пацијента да води евиденцију – (образац 2 – *Дневник тродневног пражњења мокраћне бешике и цријева*); • Проценијенити приступ тоалету (фактори од стране пацијента и фактори околине). • Промовисати спавање и одмор. • Обезбиједити удобност. • Ублажавати анксиозност и стрес.
Ургентна инконтиненција	• Шум воде; • Прање руку.	• Сугерисати дневни унос течности од 1,5 до 2 L ако није контраиндиковано (вријеме и количина течности); • Ограничавање алкохолних и кофеинских напитака; • Адекватна исхрана и смањење ТТ; • Преглед лијекова; • Дати препоруке за вјежбе мишића дна здјелице (Кегелове вјежбе); • Вођење евиденције (образац 2 – *Дневник тродневног пражњења мокраћне бешике и цријева*); • Нема побољшања, обавијестити доктора медицине.	

Прилог 1. Типови инконтиненције, узроци, савјети и препоруке код уринарне инконтиненције и мјере превенције (наставак са претходне стране)

Тип инконтиненције	Провоцирајући фактори/ узроци	Савјети и препоруке	Промоција уринарне континенције – мјере превенције
Мијешана инконтиненција	• Физички напор; • Кихање; • Кашаљ; • Изненадан нагон за мокрењем; • Шум воде; • Прање руку у хладној води.	• Третирати симптоме који највише сметају; • Савјети и препоруке као код стрес и ургентне инконтиненције.	• Направити листу лијекова које пацијент узима. • Информисати пацијента о узроцима и могућностима лијечења инконтиненције. • Координација активности са доктором медицине.
Функционална инконтиненција	• Повезана са старењем; • Психичке и физичке болести; • Оштећења и • Инвалидност.	• Побољшати приступ тоалету; • Обезбиједите замјену за тоалет; • Водити пацијента који има измијењену когницију; • Промовисати, спроводити његу коже и превенирати настанак инфекција; • Савјетовати о ношењу адекватне/ прилагођене одјеће.	
Прелијевајућа инконтиненција	• Упални процеси на уретри; • Опструкција (пролапс утеруса, тумор); • Неурогени (денервација, неуропатије); • Психички (психоза, депресија); • Узимање појединих лијекова (трициклички антидепресиви, антиколинергици, алфа-агонисти).	• Промјена начина живота и промоција здравог стила живота; • Осигурати хидратацију – од 1,5 до 2 L ако није контраиндиковано; • Обавијестити доктора медицине.	

Прилог 2. Типови столице, процјена, савјети и препоруке код фекалне инконтиненције и мјере превенције

Тип столице	Процјена	Савјети и препоруке	Промоција фекалне континенције – мјере превенције
Опстипација	• Врсте и уноса хране; • Количине унесене течности; • Типа столице; • Уноса лијекова (прописаних и непрописаних);	• Дати савјет о адекватној исхрани – храна богата влакнима (воће и поврће, интегралне житарице и сл.) • Сугерисати одговарајућу количину течности; • У координацији са доктором медицине спровести терапију лаксативима. • Тренинг мишића дна здјелице; • Стимулација цријева на пражњење (редовно вријеме пражњења ради побољшања конзистенције столице).	• Промовисати редовно пражњење цријева: – храна богата влакнима (унос одговарајуће количине влакана, интегралних житарица, воћа и поврћа у исхрани). – адекватан унос течности, – објаснити значај перисталтичких покрета за стимулацију рефлекса дефекације. • Направити психофизичку процјену. • Подстицати вјежбе мишића дна здјелице (Кегелове вјежбе). • Промовисати физичку активност. • Прегледати лијекове које пацијент користи (прописане и непрописане). • Процијенити приступ тоалету (фактори везани за стање пацијента и фактори околине). • Промовисати правилан положај приликом дефекације који ће омогућити опуштање пуборектално мишића, усправљање аналног канала и излазак фецеса без напрезања. • Обезбиједити приватност пацијента. • Процијенити присутност неких медицинских стања која могу довести до ФИ.
Дијареја	• настанка дијареје и могућих узрока; • Типа столице; • употребе лаксатива и других лијекова који могу довести до дијареје;	• Да ли је дијареја: – нагло настала – могућа инфекција; – узрокована храном; – узрокована тровањем – пратити виталне знакове (у случају одступања обавијестити доктора медицине); – настала због недавног путовања; • Процијенити тип столице; • Процијенити да ли је било прекомјерне употребе лаксатива – дати савјет о одговарајућим лаксативима и дијети у координацији са доктором медицине; • Подстакнути довољан унос течности; • Савјетовати о њези коже аногениталне регије; • Олакшати приступ тоалету; • Наставити надгледати и процјењивати пацијента са лакшим симптомима; • Ако се појаве тежи симптоми, обавијестити доктора медицине.	
Импакција фецеса	тежине симптома фекалне импакције; Типа столице.	• Симптоми као што су бол и притисак у абдомену, контракције аналног сфингтера, бол у ректуму, мучнина и повраћање захтијевају процјену доктора медицине; • Тврда столица – лијекови за омекшавање столице по налогу доктора медицине; • Мекана столица – лијекови за стимулацију цријева по налогу доктора медицине; • Циљ је успоставити редовну навику рада цријева.	

1. **Сестринска** процјена функције мокраћне бешике и цријева

СЕСТРИНСКА ПРОЦЈЕНА ФУНКЦИЈЕ МОКРАЋНЕ БЕШИКЕ И ЦРИЈЕВА

Име и презиме пацијента:_____Датум рођења:_____ Пол: Ж□ М□

Адреса становања:_____Телефон:_____

Контакт особа: _____Адреса:_____Телефон:_____

1. Општи дио			
Опис проблема			
Проблем почео (Кад?)			
Стања и обољења која се могу довести у везу са проблемом			
Историја уринарног катетера	Да □	Не □	
Инконтиненција се јавља	Током дана □	Ноћу □	
Степен инконтиненције	Лагана □ (влажан веш)	Умјерена □ (мокар веш)	Тешка □ (пресвлачење)
Да ли наведени проблем доводи до:	Анксиозности	Лошег расположење	Ограничавања активности, социјалне интеракције
Индекс тјелесне масе			
Фактори који доприносе: - Ограничена покретност или инвалидитет			
- Когнитивно оштећење			
- Проблеми у комуникацији			
- Мануелна спретност			
Дневни унос течности		Количина:_____ Врста:_____	
Употреба тоалета		Самостално □ Потребна помоћ □ Проблеми приступачности тоалета (описати):	
Лијекови које пацијент узима (укључујући оне који утичу на функцију бешике и цријева нпр. диуретици, антидепресиви итд.) и алергије.			
Процјена: □ уринарне инконтинеције □ фекалне инконтинеције			

2. Процјена уринарне инконтиненције		**Процјена типа инконтиненције**
Да ли вам урин цури када се:	□ Смијете □ Кишете □ Вјежбате □ Устајете са столице	Стрес инконтиненција
Имате ли: Хитну потребу за коришћењем тоалета? Тешкоће са одлагањем мокрења? Изненадно отицање урина прије него што дођете до тоалета?	Да □ Не □ Да □ Не □ Да □ Не □	Хиперактивна мокраћна бешика, Ургентна инконтиненција

1. Сестринска процјена функције мокраћне бешике и цријева (наставак)

Колико често идете у тоалет (број микција дању и ноћу)? Буди ли вас нагон за мокрењем ноћу? Да ли се икад пробудите мокри у кревету?	Током дана:_____ Током ноћи:_____ Да □ Не □ Да □ Не □	Ургентна инконтиненција/ Хиперактивна мокраћна бешика (> 7 дневно и > 2 ноћу) Инконтиненција усљед пренапуњености
Да ли и након мокрења имате осјећај пуне бешике? Да ли понекад имате потешкоћа са мокрењем (морате чекати или се напрежете)? Да ли имате слаб млаз урина? Да ли вас боли приликом мокрења? Да ли сте икад примијетили крв у урину? Да ли имате честе уринарне инфекције?	Да □ Не □ Да □ Не □ Да □ Не □ Да □ Не □ Да □ Не □ Да □ Не □	Инконтиненција усљед пренапуњености, Опструкција
Анализа урина: Да □ Не □ Датум:_____ Ако је налаз патолошки, навести параметре урина:		
Запажања медицинске сестре – техничара након процјене:		

3. Процјена фекалне инконтиненције	
Колико често имате столицу?	
Да ли имате проблема са: Опстипацијом Дијарејом	 Да □ Не □ Да □ Не □
Да ли имате потешкоћа са контролом цријева? Да ли имате проблем са задржавањем столице на путу до тоалета? Да ли имате проблем са задржавањем столице приликом перисталтичких покрета?	Да □ Не □ Да □ Не □ Да □ Не □
Да ли остаје траг на вешу уколико не можете да задржите столицу, а да тога нисте свјесни? Да ли имате потешкоће у контроли гасова/вјетрова?	Да □ Не □ Да □ Не □
Процијенити тип столице	
Да ли користите лаксативна средства?	Да □ (тип и доза) Не □
Да ли сте примијетили крв у столици приликом дефекације?	Да □ Не □
Да ли имате било какве болове приликом дефекације?	Да □ Не □
Стома	Да □ (описати) Не □
Видљив пролапс органа здјелице	Да □ Не □
Стање коже и стање аногениталне регије	Без промјена □ Црвено □ Остало (навести): □ _____
Запажања медицинске сестре – техничара након процјене:	
Навести датум од када пацијент / члан породице / старатељ води евиденцију у „Дневнику тродневног пражњења мокраћне бешике и цријева“ Датум: ____ / ____ / _____	

Потпис медицинске сестре – техничара:_____

Датум:_____

ДНЕВНИК ТРОДНЕВНОГ ПРАЖЊЕЊА МОКРАЋНЕ БЕШИКЕ И ЦРИЈЕВА

Име и презиме:_____

Датум почетка вођења дневника:_____ **Датум завршетка вођења дневника:**_____

Вријеме	**Унос течности**		**Унос хране са влакнима**	**Мокрење у тоалету**	**Цурење / изненадни нагон за мокрење**			**Цурење / изненадни нагон за дефекацију**		
	Количина ml	Врста	Воће, поврће, хљеб, житарице…	Количина ml	Ургенција / Изненадни нагон за мокрење ДА/НЕ	Активност током изненадног нагона за мокрење / ургенције	Количина 1 = кап 2 = влажан веш 3 = испражњен мјехур	Покрети црijева? ДА/НЕ	Прљање веша (Када: након покрета црijева / на путу до тоалета) ДА/НЕ	Тип столице
Примјер 8.00	200 ml	Чај	1 шнита круха 1 банана	100 ml	ДА	Устајање са столице	2	ДА	НЕ	3

9 СВЕОБУХВАТНА ГЕРИЈАТРИЈСКА ПРОЦЈЕНА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинске сестре – техничара приликом геријатријске процјене пацијената.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.2. Термини

Старост – према Свјетској здравственој организацији, у развијеним земљама се 65. година живота узима као гранична година, и тада се особа може сматрати старом.

Свеобухватна геријатријска процјена (*Comprehensive Geriatric Assessment – CGA*) – мултидимензионалан, интердисциплинарни процес осмишљен да открије и процјени слабост, да утврди здравствено стање, ментално здравље, функционалне способности и друштвене околности старије особе и да идентификује њихове потребе за његом и лијечењем.

Активности дневног живота (*Activities of Daily Living – ADL*) – основни увид за свакодневне животне активности, а обухвата процјену способности за кретањем, облачењем – свлачењем, узимањем хране, купањем, континенцијом и одржавањем личне хигијене.

Инструменталне активности дневног живота (*Instrumental Activities of Daily Living – IADL*) – проширен поглед за способност самосталног независног живота, а обухвата процјену способности за финансијским управљањем, куповином, коришћењем превоза, употребу телефона, узимање лијекова и обављање једноставних кућних послова.

Геријатријски синдром – израз који се често користи за означавање уобичајених здравствених стања код старијих особа које се не уклапају у различите категорије органских болести и често имају мултифакторске узроке. Листа укључује стања попут когнитивних оштећења, делиријума, инконтиненције, неухрањености, падова, поремећаја хода, декубитуса, поремећаја сна, сензорних дефицита, умора и вртоглавице.

Депресија – представља поремећај патолошки сниженог расположења, а манифестује се уз анксиозност или соматске симптоме.

2.3 Скраћенице

CGA – Свеобухватна геријатријска процјена *(Comprehensive Geriatric Assessment)*

ADL – Активности дневног живота *(Activities of Daily Living)*

IADL – Инструменталне активности дневног живота *(Instrumental Activities of Daily Living)*

GDS – Геријатријска скала за процјену депресије *(Geriatric Depression Scale)*

„4H“ – непокретност, нестабилност, несамосталност, неконтролисано пражњење бешике/цријева.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Дефинисати поступке медицинске сестре – техничара приликом геријатријске процјене пацијената.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, простора и опреме

Припрема медицинске сестре – техничара за поступак тестирања

- припремити све тестове за CGA;
- припремити празне папире и оловку.

Припрема простора за тестирање

- просторија треба да буде прилагођена заштити личности пацијента, те оптимално осивјетљена, прозрачна, без буке и звукова који би ометали пажњу и концентрацију пацијента и медицинске сестре – техничара.

Припрема пацијента

- обезбиједити присуство једног члана породице / његоватеља / старатеља;
- на прикладан начин објаснити пацијенту и присутном члану породице / његоватељу / старатељу разлоге/сврху процјене, методологију и трајање тестирања;
- затражити усмени пристанак пацијента / члана породице / старатеља;
- замолити пацијента да пажљиво слуша и да одговори на свако питање / задану радњу што тачније може;
- смјестити пацијента у одговарајући положај или му помоћи да то уради.

3.1. Поступак

- Узети сестринску анамнезу која укључује:
  - прикупљање података увидом у претходну медицинску документацију пацијента;
  - прикупљање података о могућим компликацијама које настају код геријатријских пацијената, а односе се на модел „4H“;
  - интервју са пацијентом / чланом породице / његоватељем / старатељем уз обавезно укључивање сљедећих подручја у процјени: тренутни проблеми, болести и функционалне посљедице; лијекови које тренутно узима, њихови ефекти и нежељене реакције; претходне болести; тренутно психичко стање и животне навике; интензитет бола; сметње спавања; проблеми са инконтиненцијом; интегритет коже; нутритивни статус; породична ситуација и односи; садашњи и будући животни простор; садашња здравствена и социјална заштита;
  - након узете сестринске анамнезе за свеобухватну геријатријску процјену, користе се инструменти за процјену (обрасци 1–6).
- питања из теста/упуте изговарати јасно, разумљиво и непромјењивом јачином тона;
- дати пацијенту онолико времена колико му је потребно да се заврши тестирање;
- не журити, бити што позитивнији и дјеловати охрабрујуће;
- по истеку времена завршити са тестирањем;
- на основу добијених одговора за свако питање бодове евидентирати у предвиђене рубрике у тесту;

– збројити резултате сваког теста у укупно добијеном скору и упоредити их са референтним вриједностима;
– креирати листу проблема;
– евидентирати спроведене поступке.

Напомена: У случају неповољног резултата било којег од наведених тестова у геријатријској процјени, медицинска сестра – техничар дужна је да обавијести доктора медицине. Уколико постоји несигурност у вези геријатријске процјене, консултовати се са доктором медицине уз приложене тестове.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Алгоритам свеобухватне геријатријске процјене

4.2. Обрасци

1. *Katzov* индекс дневних активности живота
2. Lawton–Brody скала инструменталних активности
3. Тест цртања сата – тест за процјену когнитивног статуса
4. Геријатријска скла депресије – скраћени облик
5. Процјена унутрашњих фактора ризика – Чек листа
6. Процјена вањских фактора ризика – Чек листа

Прилог 1. Алгоритам свеобухватне геријатријске процјене

Образац 1. Katzov индекс активности дневног живота

KATZOV ИНДЕКС АКТИВНОСТИ ДНЕВНОГ ЖИВОТА **w** ***KATZ INDEX OF INDEPENDENCE IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING***		
Име и презиме:_____ Година рођења_____ Пол:____ Датум:_____ Вријеме:_____		
АКТИВНОСТИ **0 – 6 бодова**	**НЕЗАВИСНОСТ** **(1 бод)** **НЕМА надзора, усмјеравања или личне помоћи.**	**ЗАВИСНОСТ** **(0 бодова)** **СА надзором, усмјеравањем, личном асистенцијом или потпуном његом.**
Купање **Бодова:_____**	– Купа се сам/сама без помоћи; – Потребна помоћ при купању само једног дијела тијела (попут леђа, гениталија или инвалидних екстремитета). **(1 бод)**	– Потребна помоћ око купања више од једног дијела тијела, уласка или изласка из каде или туша; – Захтијева потпуну помоћ код купања. **(0 бодова)**
Облачење **Бодова:_____**	– Скида се и облачи без помоћи; – Потребна помоћ само када обува ципеле. **(1 бод)**	– Потребна помоћ при облачењу или свлачењу; – Остаје дјелимично или потпуно необучен/а. **(0 бодова)**
Тоалета **Бодови:_____**	– Иде у купатило, употребљава тоалет, сам/а се чисти, уређује и враћа без помоћи – Користи помагала при кретању (штап или ходалицу); **(1 бод)**	– Потребна помоћ при одласку у купатило, при употреби тоалета, приликом чишћења или користи ноћну посуду; **(0 бодова)**
Кретање **Бодови:_____**	– Креће се у и ван кревета или столице без помоћи: – Користи помагала при кретању (штап или ходалицу). **(1 бод)**	– Потребна је помоћ у кретању од кревета до столице; – Захтијева потпуну помоћ код кретања. **(0 бодова)**
Континенција **Бодови:____**	– Има потпуну самоконтролу над мокрењем и столицом. **(1 бод)**	– Има дјелимичну или потпуну инконтиненцију бешике или цријева. **(0 бодова)**
Храњење **Бодова:_____**	– Храни се без помоћи; – Припрему хране може да направи друга особа. **(1 бод)**	– Потребна дјелимична или потпуна помоћ при храњењу; – Захтјева парентерално храњење. **(0 бодова)**
УКУПНИ БОДОВИ: _____ **Распон индекса:** од 6 = Високо (независан пацијент) до 0 = Ниско (пацијент је веома зависан) **Тумачење резултата:** 6 бодова – означава пуну функцију; 4 бода – означава умјерено оштећење; 2 или мање бодова – указују на тешко функционално оштећење.		

Katzov индекс – користи се за мјерење способности за самостално извршавање основних активности свакодневног живота (прилог 1). Индекс обухвата скалу од 6 активности поређаних по утврђеном редослиједу, а односе се на: купање, облачење, употребу тоалета, кретање, процјену континенције и самостално узимање хране. Активности се процјењују на скали 0–6 бодова, при чему укупан скор од 6 бодова означава независност, збир од 4 бода означава умјерено оштећење уз одређена ограничења, док збир од 2 бода упућује на потребу за туђом његом, а 0 бодова означава потпуну беспомоћност. Неопходно вријеме за попуњавање Katzovog индекса је око 5 минута.

Образац 2. *Lawton–Brody* скала инструменталних активности дневног живота

LAWTON–BRODY СКАЛА ИНСТРУМЕНТАЛНИХ АКТИВНОСТИ ДНЕВНОГ ЖИВОТА THE LAWTON–BRODY INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE	
Име и презиме:_____ **Година рођења**_____ **Пол:**____ **Датум:**_____ **Вријеме:**_____	
А. Способност коришћења телефона 1. Користи телефон без помоћи (тражи и бира бројеве)….....1 2. Бира неколико добро познатих бројева….....…1 3. Одговара на телефон, али не бира бројеве...…..1 4. Уопште не користи телефон……..……..…...0	**Е. Прање веша** 1. У потпуности пере лични веш……..…..1 2. Пере мале тканине (нпр. чарапе)…..……..…1 3. Сав веш морају да перу други…….....……..0
Б. Куповање 1. Обавља куповину без помоћи…….....1 2. Обавља малу куповину у продавници без помоћи.....0 3. Потребна помоћ при свакој куповини.....0 4. Потпуно неспособан за куповину.....0	**Ф. Начин транспорта** 1. Путује независно у јавном превозу или вози сопствени аутомобил……1 2. Организује своје путовање таксијем, али иначе не користи јавни превоз……..…….....……1 3. Путовања јавним превозом у пратњи другог.....1 4. Путује ограничено уз помоћ друге особе…..….0 5. Уопште не путује…….....….0
Ц. Припрема оброка 1. Самостално планира, припрема и служи одговарајуће оброке……..…..……1 2. Треба неку помоћ……...……..0 3. Храна мора бити припремљена и сервирана.....0	**Г. Узимање лијекова** 1. Узима лијекова у правим дозама у право вријеме…….....…..1 2. Треба неку помоћ за узимање лијекова…..…0 3. Није способан да узима лијекове…..…..……0
Д. Обављање послова у кући 1. Одржава кућу сам/а или уз повремену помоћ……..….....1 2. Обавља лагане дневне задатке (као што су прање суђа, намјештање кревета)…….....…1 3. Обавља лагане дневне задатке, али не може одржавати прихватљив ниво чистоће……..1 4. Потребна је помоћ у свим пословима одржавања куће……...1 5. Не учествује ни у каквим пословима одржавања куће……...…0	**Х. Управљање новцем** 1. Независно управља финансијама (буџетира, пише чекове, плаћа кирију, рачуне, иде у банку), прикупља и води евиденцију о приходима……1 2. Управља свакодневним куповинама, али му је потребна помоћ при већим куповинама…..1 3. Није способан за управљање новцем…….....0
Број бодова:	**Број бодова:**
УКУПНИ БОДОВИ: _____ **Напомена:** Особе женског пола бодовати у свих 8 области. За особе мушког пола искључити 3 области: припрема оброка, обављање послова у кући и прање веша. Сваку од наведених области бодовати само једном. **Тумачење резултата:** За особе женског пола – укупни резултат се креће у распону од 0 (ниска функција, зависна особа) до 8 (висока функција, независна особа). За особе мушког пола – укупни резултат се креће у распону од 0 (ниска функција, зависна особа) до 5 (висока функција, независна особа).	

Lawton–Brody скала – користи се за мјерење способности за самостално извршавање инструменталних активности свакодневног живота (прилог 2). Скала обухвата 8 питања која се односе на: могућности коришћења телефона, могућности куповине, припреме оброка, обављање послова у кући, прање веша, начин транспорта, узимање лијекова и управљање новцем. За особе мушког пола од 8 наведених области искључити 3 које се односе на: припрему оброка, обављање послова у кући и прање веша. Сваку од наведених области бодовати само једном. Укупни резултат се креће у распону од 0 (ниска функција, зависна особа) до 8 (висока функција, независна особа) и односи се на женски пол и од 0 до 5 за мушки пол, како би се избјегла потенцијална родна пристрасност. Неопходно вријеме за попуњавање скале је 10–15 минута.

Образац 3. Тест цртања сата – тест за процјену когнитивног статуса

Тест цртања сата

Clock Drawing Test (CDT)

Упутства за тест:

Корак 1: Смјестити пацијента у одговарајући положај (обезбиједити пацијенту сто и столицу).

Корак 2: Дати пацијенту празан лист папира и оловку.

Корак 3: Објаснити пацијенту да нацрта сат са бројчаником, а затим казаљке сата тако да оне показују вријеме, нпр. 11.10 (једанаест сати и десет минута). Упуте се могу поновити, али не давати додатна упутства.

Корак 4. Не пожуривати пацијента и дати му онолико времена колико му је потребно.

Бодовање:

Схема бодовања од 5 бодова

КРУГ	**1 бод** уколико је нацртан круг
БРОЈЕВИ	**2** бода уколико су сви бројеви добро написани и распоређени **1 бод** уколико су сви бројеви добро написани, а нису добро распоређени
КАЗАЉКЕ	**2** бода уколико су обје казаљке добро нацртане, различите дужине и показују на задане бројеве. **1 бод** уколико обје казаљке показују на задане бројеве, али су погрешне дужине или **1 бод** уколико једна казаљка показује на добар број и добре је дужине или **1 бод** уколико је нацртана само једна казаљка и показује на добар број (нпр. на 11 за једанаест и десет).

Резултати:

5 бодова – уредан налаз

≤ 4 бода – налаз говори у прилог поремећаја памћења; пацијента потребно упутити доктору медицине.

Тест цртања сата

Clock Drawing Test (CDT)

Име и презиме:_____ **Година рођења:**_____ **Пол:**____ **Датум:**_____ **Вријеме:**____

Тест цртања сата (Clock Drawing Test – CDT) – једноставан тест којим се може проценити неколико когнитивних функција. Значајан је за рано откривање когнитивног оштећења, посебно код деменције (прилог 3). Није потребна претходна припрема за овај тест. Пацијенту се да празан лист папира на којем мора сам да нацрта цијели сат (круг, бројеве и казаљке). Затим се пацијенту зада вријеме које треба да уцрта на сату (најчешће 11 сати и 10 минута). Укупан број бодова који указује на нормалну когнитивну функцију је 5, док оцјене у распону од 0 до 4 бода указују на когнитивно оштећење. Трајање теста је врло кратко (око 2 минуте). Тест се не може извести код слијепих особа и особа које имају моторне дефиците. Уколико су резултати теста незадовољавајући, обавијестити доктора медицине. Могуће је направити додатну процјену помоћу Мини-ментал теста описаног у процедури *Процјена когнитивног статуса*.

Образац 4. Геријатријска скала депресије – скраћени облик

ГЕРИЈАТРИЈСКА СКАЛА ДЕПРЕСИЈЕ – СКРАЋЕНИ ОБЛИК ***Geriatric Depression Scale – Short Form***			
Име и презиме:_____ Година рођења_____ Пол:____ Датум:_____ Вријеме:_____			
Замолити пацијента да одговори на наведена питања о томе како се осјећао током протеклих седам дана			
1.	Да ли сте задовољни својим животом?	ДА	НЕ
2.	Да ли сте смањили број својих активности и интересовања?	ДА	НЕ
3.	Да ли сте имали осјећај да вам је живот неиспуњен?	ДА	НЕ
4.	Да ли сте се често досађивали?	ДА	НЕ
5.	Да ли сте већину времена проводили у добром расположењу?	ДА	НЕ
6.	Да ли сте се плашили да ће вам се догодити нешто лоше?	ДА	НЕ
7.	Да ли сте се већину времена осјећали срећно?	ДА	НЕ
8.	Да ли сте се често осјећали беспомоћно?	ДА	НЕ
9.	Да ли сте радије остајали кући него излазили ван и бавили се новим активностима?	ДА	НЕ
10.	Сматрате ли да ли имате више проблема са памћењем него већина других људи?	ДА	НЕ
11.	Сматрате ли да вам је живот лијеп?	ДА	НЕ
12.	Да ли сте се осјећали безвриједно?	ДА	НЕ
13.	Да ли сте се осјећали да имате пуно енергије?	ДА	НЕ
14.	Да ли сте се осјећали безнадежно / да сте у безизлазној ситуацији?	ДА	НЕ
15.	Мислите ли да је другима боље него вама?	ДА	НЕ
Одговори НЕ у питањима: 1, 5, 7, 11, 13 носе по 1 бод Одговори ДА у питањима: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 носе по 1 бод			
Резултати теста: > 5 бодова указује на депресију ≥ 10 бодова готово увијек указује на депресију **Напомена:** > 5 бодова – треба да наведе на додатни разговор, обавијестити доктора медицине			

Геријатријска скала депресије – скраћена верзија – користи се за процјену депресије у геријатријској популацији (прилог 4). Скраћена верзија садржи 15 питања која се односе на: опште задовољство собом и својим животом, интересима за свакодневне активности, присуство страха од болести, губитка меморије и других неповољних догађаја. Пацијенти одговарају са ДА или НЕ, у вези са својим осјећајима у протеклој недељи (протеклих 7 дана). Резултати скале у укупном скору од 0 до 4 бода сматрају се нормалним, од 5 до 8 бодова означавају благу депресију, од 9 до 11 означавају умјерену депресију и 12 до 15 бодова указују на тешку депресију. Неопходно вријеме за попуњавање упитника је 5–7 минута.

Образац 5. Процјена унутрашњих фактора ризика – Чек листа

УНУТРАШЊИ ФАКТОРИ РИЗИКА	Означите	
	ДА	НЕ
Проблеми са: – кретањем,		
– устајањем из столице или кревета,		
– недостатком или неправилним коришћењем ортопедских помагала,		
– недовољним физичким активностима.		
Поремећаји равнотеже: вртоглавице, сметње у координацији, смањена способност оријентације у простору, успорени рефлекси, нестабилност на ногама.		
Постурална хипотензија.		
Губитак свијести.		
Синкопа.		
Епилепсија.		
Неуролошке промјене: смањење или губитак осјећаја за додир и бол, моторички поремећаји, полинеуропатија.		
Менталне сметње: снижена когницијa / спознајне функције – збуњеност, сметеност, дезоријентисаност, немир, поремећаји расуђивања, мишљења и памћења – деменција.		
Сметње и промјене вида везане за старење.		
Сметње и промјене слуха везане за старење.		
Некритичност, недостатак сазнања и заборављање властитих ограничења и ограничења и опасности околине.		
Отежана самосталност.		
Изненадни и учестали подражаји на елиминацију (мокрење, проливи).		
Узимање више лијекова повезаних са падовима / полифармација.		
Потхрањеност, гојазност.		
Конзумирање духана, алкохола и других психоактивних супстанци.		
Неадекватна одјећа и обућа.		
Два или више посртаја/пада у претходних мјесец дана		

Образац 6. Процјена ваљских фактора ризика – Чек листа

ВАЉСКИ ФАКТОРИ РИЗИКА, ОПАСНОСТИ ИЗ ОКОЛИНЕ	Означите	
	ДА	НЕ
Освјетљење: – неодговарајуће (недовољно или прејако);		
– недоступно.		
Подови: – оштећени, влажни, клизави;		
– високи прагови.		
Подне простирке: – оштећене и не фиксиране.		
Намјештај: – представља препреку и омета кретање;		
– оштећен;		
– без наслона, са ниским наслонима;		
– заваљеним сједиштима;		
– превисоке полице или елементи намјештаја;		
– неадекватан кревет.		
Степенице: – оштећене;		
– без рукохвата или ограде;		
– предмети на степеницама.		
Купатило: – лоше освјетљење;		
– клизаве простирке, плочице, када, мокри пешкири, прљаво рубље и слично по поду;		
– коришћење држача за пешкире као рукохвата;		
– закључавање врата;		
Телефон: – неприступачност и отежана могућност употребе телефона, звона (хитна помоћ, полиција, ватрогасци, породица).		

VIII. ДИО

СИГУРНОСТ И КВАЛИТЕТ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЊЕЗИ

1 СИГУРНОСТ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА ПРИЛИКОМ ПРУЖАЊА УСЛУГА У КУЋИ ПАЦИЈЕНТА

2 УПРАВЉАЊЕ НЕЖЕЉЕНИМ ДОГАЂАЈИМА

1 СИГУРНОСТ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА ПРИЛИКОМ ПРУЖАЊА УСЛУГА У КУЋИ ПАЦИЈЕНТА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се сигурност медицинске сестре – техничара приликом пружања услуга у кући пацијента.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

3.1. Процес здравствене његе у кућним условима

Процес здравствене његе у кућним условима спроводи се у три фазе.

3.1.1. Припрема и планирање

Медицинска сестра – техничар у фази припреме и планирања кућне посјете разматра све аспекте везане за личну сигурност. Наведено минимално укључује сљедеће:

- планирање времена за кућну посјету;
- обавијестити остале чланове тима о времену одласка у кућну посјету и очекиваном времену повратка из кућне посјете;
- информисати се о основним индивидуалним потребама/проблемима пацијента;
- информисати се о локацији кућне посјете;
- прикупити остале информације које су релевантне за осигурање сигурности медицинске сестре – техничара приликом кућне посјете (особе које још живе у домаћинству, кућни љубимци и сл.).

Такође, медицинска сестра – техничар у циљу осигурања личне сигурности треба да обезбиједи материјале и опрему у складу са листом провјере (образац 1. Листа провјере материјала и опреме).

3.1.2. Имплементација

- приликом одласка у кућну посјету, медицинска сестра – техничар обавјештава најмање једног члана или све чланове тима о дневном распореду кућних посјета и оставља копију дневног распореда кућних посјета (образац 2. Дневни распоред кућних посјета);
- копија дневног распореда кућних посјета остаје у амбуланти и чува се на за то предвиђеном мјесту како би медицинска сестра – техничар која остаје у амбуланти након што је медицинска сестра – техничар телефонски обавијести да је реализовала посјету, уписала вријеме кад је посјета реализована и ставила свој потпис. Уколико је друга медицинска сестра – техничар из тима одсутна, њену улогу преузима медицинска сестра – техничар из замјенског тима;
- уколико се вријеме за кућну посјету продужи у односу на за то предвиђено вријеме, медицинска сестра – техничар обавјештава медицинску сестру – техничара у амбуланти о непредвиђеним околностима због којих је кућна посјета одступила од предвиђеног термина, посебно уколико кашњење траје дуже од једног сата. Медицинска сестра – техничар у амбуланти све остале пацијенте планиране за кућну посјету за тај дан обавјештава о кашњењу због непредвиђених околности.
- по повратку у амбуланту, на дневни распоред кућних посјета уписује вријеме повратка, што овјерава потписом и спроводи сљедеће активности:
  - доставља у лабораторију узорке узете током кућне посјете (поштовањем хладног ланца приликом транспорта) заједно са попуњеном документацијом;
  - допуњава сестринску торбу на основу списка који садржи свака сестринска торба;
  - врши адекватно одлагање медицинског отпада;
  - води медицинску документацију из области здравствене његе;
  - извјештава доктора медицине из тима о реализацији кућне посјете;
  - позива пацијенте планиране за кућну посјету за сљедећи дан и обавјештава их о термину кућне посјете.

3.2. Сигурност медицинске сестре – техничара при пружању здравствене његе у кућним условима

У процесу имплементације здравствене његе у кућним условима, сигурност медицинске сестре – техничара се односи на сљедеће:

- одлагање медицинског отпада;
- контрола инфекције;
- коришћење личне заштитне опреме;
- транспорт узорака (коришћење одговарајуће амбалаже за транспорт);
- сигурна примјена лијека.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

1. Листа провјере материјала и опреме
2. Дневни распоред кућних посјета

Образац 1. Листа провјере материјала и опреме

Материјал и опрема	
Налог за службено возило	
Налог за одлазак у кућну посјету	
Сестринска торба	
Лаптоп или обрасци у штампаној форми	
Мобилни телефон	
Остало	

Образац 2. Дневни распоред кућних посјета

Амбуланта:						**Посјете за дан**:		
Име и презиме медицинске сестре – техничара:								
Име и презиме пацијента	Адреса	Бр. телефона	Вријеме трајања посјете	Реализација активности	Вријеме почетка посјете	Вријеме завршетка посјете	Значајне напомене	Потпис

2 УПРАВЉАЊЕ НЕЖЕЉЕНИМ ДОГАЂАЈИМА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак у случају настанка нежељеног догађаја на примарном нивоу здравствене заштите.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује у здравственим установама на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари и сви запослени у установама примарне здравствене заштите.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Медицинска грешка – било која грешка која је настала у процесу пружања здравствене заштите.

Нежељени догађај – догађај који има за посљедицу настанак штете по здравље пацијента/корисника здравствене заштите, посјетиоца или запосленог (физичка, ментална штета или губитак функције).

„Замало" нежељени догађај – догађај који је имао потенцијал да изазове штету по здравље пацијента/корисника здравствене заштите, посјетиоца или запосленог, али је није изазвао (због пуке случајности или правовременог откривања).

Неочекивани (сигнални) нежељени догађај – догађај који за посљедицу има смрт, инвалидитет или озбиљну физичку и психолошку повреду која није повезана са природним током болести.

Анализа основног узрока – метода за идентификацију узрока грешке.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

3.1. Поступак непосредно након настанка нежељеног догађаја

- обезбиједити сигурност пацијента / корисника здравствене заштите, посјетиоца или запосленог – након што се догађај десио или је идентификовано ризично стање, првенствено треба да се обезбиједи сигурност пацијента / корисника здравствене заштите, посјетиоца или запосленог;
- обезбиједити коришћену опрему или медицинско средство – уколико је медицинско средство или опрема укључена у догађај, престати са коришћењем исте.
- пријавити догађај са списка нежељених догађаја (примјер је дат у прилогу 1) на сљедећи начин:
  - извјештавање о догађају врши се путем јединственог обрасца *Записник о нежељеном догађају (образац 1*). Такође, установа за потребе извјештавања о специфичним нежељеним догађајима, као што су убод оштрим предметима или излагање крви и тјелесним течностима (процедура „Превенција и профилакса инфекција које се преносе путем крви"), грешке у медикацији и сл., може израдити додатне обрасце;
  - *Записник о нежељеном догађају* садржи све релевантне информације о догађају, односно познате чињенице а не мишљења. Приликом извјештавања о догађају, у обрасцу обавезно попунити информације које се односе на:
  - опис догађаја и стање особе над којом се догађај десио;
  - опис активности које су одмах предузете у циљу смањења настале штете/губитка и опоравка;

  - податке о субјекту догађаја, односно информације о особи којој је начињена штета или трећем лицу или објекту које је начинило штету. Ове информације укључују али се не ограничавају на податке о:
  - пацијенту / кориснику здравствене заштите или посјетиоцу: име и презиме, године живота, назив организационе јединице или мјеста настанка догађаја (нпр. кућа пацијента) и контакт детаљи (нпр. адреса и број телефона) и да ли је пацијент / корисник здравствене заштите или посјетилац свјестан настанка догађаја;
  - запосленом: име и презиме, звање / радно мјесто и назив организационе јединице;
  - медицинском средству или опреми: инвентурни број, мјесто (локација) опреме/средства, врста опреме/средства и серијски број модела;
  - лијек(ови): назив лијека(ова), доза, облик и пут(еви) примјене.
- имена и презимена осталих учесника у догађају, укључујући и свједоке (запослени и пацијенти / корисници здравствене заштите), у случају да су накнадно неопходне њихове изјаве о догађају;
- податке о настанку нежељеног догађаја;
- податке о особи која пријављује догађај;
- временски рокови за пријаву догађаја и особе којима се пријављује нежељени догађај зависе од тежине нежељеног догађаја и наведени су на списку (прилог 1);
  - озбиљни нежељени догађаји и/или неочекивани (сигнални) нежељени догађаји пријављују се одмах – сљедећим особама и сљедећем реду:
  - непосредном руководиоцу организационе јединице (начелник или главна сестра). Непосредни руководилац затим усмено обавјештава:
  - менаџере вишег нивоа (директора или замјеника / помоћника за медицинска питања) и/или особу одговорну за специфичне аспекте рада, а који могу имати за посљедицу настанак нежељеног догађаја (нпр. Тим или комисија за контролу инфекција које се доводе у везу са пружањем здравствене заштите).
  - особу одговорну за квалитет здравствене заштите;
  - мање озбиљни нежељени догађаји не морају се пријавити одмах, њихова пријава може се извјесно вријеме пролонгирати. Ови догађаји се пријављују сљедећим особама и сљедећим редом:
  - непосредном руководиоцу (начелник или главна сестра) у року од осам часова или прије него што подносилац пријаве нежељеног догађаја заврши свој радни дан. Непосредни руководилац затим усменим путем обавјештава:
  - особу одговорну за квалитет здравствене заштите;
  - менаџера вишег нивоа (директора или замјеника / помоћника за медицинска питања).

У случају да се нежељени догађај десио приликом рада или пружања здравствене услуге изван здравствене установе, здравствени радник, без обзира на категорију догађаја, телефонским путем обавјештава непосредног руководиоца. Образац Записник нежељеног догађаја попуњава одмах по повратку у здравствену установу, без обзира о којој категорији догађаја се ради.

3.2. Испитивање узрока догађаја

- након запримања пријава догађаја, непосредни руководилац врши испитивање догађаја у односу на: тежину потенцијалног ризика од штете/губитка или настале штете/губитка и могућност понављања истог догађаја;
- спроведе истрагу о нежељеном догађају, смјеру догађаја и могућим узроцима и факторима који су му допринијели у за то предвиђеном временском оквиру (унутар 24 часа од подношења извјештаја о озбиљном и/или неочекиваном догађају и у року од 72 часа за мање озбиљне догађаје);
- изради извјештај о догађају (саставни дио пријаве нежељеног догађај). Извјештај садржи све релевантне информације о начину спровођења истраге и предузетим мјерама;
- поднесе извјештај особама за ревизију извјештаја и догађаја у складу са процијењеном тежином догађаја. У случају мање озбиљних догађаја, извјештај се подноси особама којима је непосредни руководилаца пријавио догађај. У случају озбиљних догађаја и/или неочекиваних догађаја, извјештај о спроведеној истрази се подноси тиму/комисији именованом од стране директора установе, чији је задатак да:
  - спроведе анализу основног узрока проблема;
  - идентификује основни узрок проблема;
  - дефинише корективне мјере и изради план за спровођење корективних мјера;
  - изради извјештај о потенцијалним посљедицама догађаја и наученим лекцијама;
  - изврши процјену ефикасности спроведених мјера.

3.3. Израда плана и праћење реализације корективних мјера

- израда плана за спровођење корективних мјера укључује дефинисање:
  - активности (корективне мјере) које треба да се предузму у случају насталог догађаја и одговорну особу или особе у реализацији ових активности;
  - рокове за реализацију мјера;
  - методологију, податке и критеријуме на основу којих се може процјењивати ефикасност спроведених мјера.
- одговорна особа за реализацију планираних корективних мјера подноси доказе о спроведеним корективним мјерама у дефинисаним роковима;
- непосредни руководилац доказе евидентира у образац *"Записник о нежељеном догађају"* у дијелу *„Анализа нежељеног догађаја"*;
- непосредни руководилац врши процјену да ли су спроведене мјере дале жељене резултате и то евидентира у образац *Записник о нежељеном догађају*, у дијелу „Успјешност предузетих мјера". Уколико процијени да жељене мјере нису дале резултате, дефинишу се нове мјере. Непосредни руководилац дефинише нове мјере за догађаје који су у категорији мање озбиљних док тим/комисија дефинише нове мјере за озбиљне и/или неочекиване догађаје;
- попуњен *Записник о нежељеном догађају* доставља се особи / тиму / комисији / организационој јединици одговорној за управљање квалитетом здравствене заштите;

– један примјерак попуњеног *Записника о нежељеним догађајима* чува се у организационој јединици, а други чува особа / тим / комисија / организациона јединица одговорна за управљање квалитетом здравствене заштите;
– организациона јединица формира образац *Регистар корективних мјера* (образац 2).

3.4. Евидентирање нежељених догађаја

– образац *Регистар нежељених догађаја* (образац 3) формира се на основу попуњених *Записника о нежељеним догађајима* у свакој организационој јединици;
– копија регистра нежељених догађаја за претходну годину доставља се 31. 12. особи / тиму / комисији / организационој јединици одговорној за управљање квалитетом здравствене заштите;
– особа / тим / организациона јединица одговорна за управљање квалитетом здравствене заштите на основу *Регистра нежељених догађаја* и на основу података из *Записника о нежељеним догађајима* израђује извјештај о нежељеним догађајима за цјелокупну установу. Извјештај садржи сљедеће информације:
  – број догађаја који се деси по мјесецима и на годишњем нивоу;
  – број догађаја у односу на категорију догађаја;
  – број озбиљних догађаја са посебним осврtом на узроке догађаја.

3.5. Обука о нежељеним догађајима

– у циљу унапређења културе сигурности, спроводи се обука запослених о важности пријављивања нежељених догађаја. Обуке спроводити најмање једном годишње у складу са процедуром о спровођењу обука;
– обука новозапослених у процесу оријентације (увођења у посао) укључује упознавање са:
  – процедуром о управљању нежељеним догађајима;
  – обрасцем *Записника о нежељеним догађајима*;
  – обавезама и одговорностима у процесу пријављивања нежељених догађаја.
– обуку запослених који су одговорни за истраживање догађаја и ревизију извјештаја спровести годину дана након ступања на функцију. Обука треба да обухвати и практичне вјежбе.

4. Прилози и обрасци

4.1. Прилози

Прилог 1. Списак нежељених догађаја о којима се извјештава

4.2. Обрасци

1. Записник о нежељеном догађају
2. Регистар корективних мјера
3. Регистар нежељених догађаја

Прилог 1. Списак нежељених догађаја о којима се извјештава

СПИСАК НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА О КОЈИМА СЕ ИЗВЈЕШТАВА

(сигнални догађаји означени са *)

Опис нежељеног догађаја	**Врста нежељеног догађаја**
Смрт пацијената у околностима које су супротне природном току болести, обољења или одговарајућем третману пацијента у складу са општеприхваћеним медицинским стандардима.	**Неочекивана смрт пацијента** *
Повреде и оштећења тјелесних функција у околностима које су супротне природном току болести, обољења или одговарајућег третмана пацијента у складу са општеприхваћеним медицинским стандардима и које захтијевају додатни или сложенији третман или које резултирају значајним промјенама стања пацијента.	Емболијска компликација послије парентералне терапије
	Значајно крварење
	Кардио-респираторни арест
	Поновна интубација
	Оштећење органа у току интервенције
	Губитак екстремитета или функције екстремитета*
	Окрњени/изгубљени зуби као резултат интубације
Озбиљне грешке при терапеутским или оперативним процедурама*	**Извршавање процедуре (дијагностичке или терапијске) на погрешном дијелу тијела***
	Подвргавање пацијента погрешној процедури (дијагностичкој или терапијској)*
	Остављање страног тијела у тијелу пацијента
Нежељени догађај у вези са медикацијом.	Прописан погрешан лијек / доза / пут примјене / учесталост дозирања
	Погрешан лијек / доза /пут примјене примијењен на пацијенту
	Лијек истеклог рока трајања примијењен на пацијенту
	Лијек примијењен на погрешном пацијенту
	Неуписивање у медицинску документацију познатих могућих алергијских реакција на лијекове
	Нежељена реакција на лијек (нуспојава лијека)
	Пропуст праћења лабораторијских налаза потребних за надзор над лијеком
Озбиљна хемијска или микробиолошка контаминација.	Расипање или просипање опасног медицинског отпада
Самоповређивање пацијента.	**Покушај самоубиства пацијента***
	Самоубиство пацијента *
Пад пацијента, пратиоца или особља, са или без повређивања.	Пад пацијента
	Пад пацијента током транспорта
	Пад пратиоца пацијента или особља
Грешке у идентификовању пацијента	Замјена идентитета пацијента усљед коришћења здравствене легитимације другог лица
	Медицински налази или рецепти издати погрешном пацијенту

Опис нежељеног догађаја	Врста нежељеног догађаја
Криминална дјела која су се десила у згради установе.	**Силовање***
	Покушај убиства или убиство*
	Киднаповање пацијента*
	Насиље над особљем, посјетиоцима или пацијентима (напад, злостављање)
	Крађе и преваре
Компликације у вези са иглом или оштрим предметом и прскање крви и тјелесних течности.	Инфекција око убодне ране (апсцес) послије давања парентералне терапије
	Повреда особља иглом или оштрим предметом
	Поломљена игла током давања инјекције
	Прскање крви или тјелесне течности током интервенције
Изненадна појава инфекције, заразне болести, пренос заразне болести са особља на пацијента (или обрнуто), било који инцидент који укључује учешће особља зараженог ХИВ или хепатитисом Б.	Уринарне инфекције код катетеризираних пацијената
	Појава или сумња на инфекције које се доводе у везу са пружањем здравствене заштите
Закасњело постављање дијагнозе или закасњело лијечење.	Кашњење лабораторисјких налаза
	Изгубљени резултати дијагностичких процедура (лабораторијски налази, радиолошки снимци и сл.)
	Резултати дијагностичких процедура које није могуће идентификовати (не зна се чији су)
	Закасњела клиничка дијагноза и лијечење
	Погрешна клиничка дијагноза и лијечење, погрешна процјена стања пацијента
Грешке у администрацији.	Погрешно попуњени обрасци, налази, рецепти и сл.
	Недоступност медицинске документације приликом консултација или третмана пацијента
	Неовлашћени приступ и коришћење медицинске документације
	Крађа медицинске документације
Остали догађаји.	Саобраћајне незгоде и оштећење службеног возила
	Саобраћајна незгода при транспорту пацијената
	Упад неовлаштених, насилних или узнемирених лица у здравствену установу
	Пожар, елементарне непогоде, терористички напад, провала
	Прекид снабдијевања виталним ресурсима, који онемогућава пружање услуга
	Неправилно функционисање опреме за вријеме третмана или дијагнозе, која је неповољно дјеловала или је могла дјеловати на пацијента или особље

Образац 1. Записник о нежељеном догађају

1. Пријава нежељеног догађаја	
Датум догађаја: Вријеме догађаја: Организациона јединица: Мјесто догађаја:	
Подаци о лицу на које се нежељени догађај односи: Име и презиме: _____ Старост: _____ Статус: пацијент ☐ посјетилац ☐ радник ☐ Пол: мушки ☐ женски ☐	
Име и презиме лица која су свједочила нежељеном догађају:	
Кратак опис нежељеног догађаја (опис начина на који се догађај десио):	
Посљедице по пацијента:	
Пријаву поднио (име и презиме, потпис):	Датум подношења пријаве:
2. Анализа нежељеног догађаја:	
Узрок нежељеног догађаја:	
Исход за здравствену установу:	
Реализоване корективне мјере:	
Потпис:	Датум:
3. Успјешност предузетих мјера	
Опис постигнутих побољшања:	
Вјероватноћа поновног дешавања догађаја: Велика Средња Мала	
Потпис:	Датум:

Образац 2. Регистар корективних мјера

Редни број	5 ОПИС МЈЕРЕ	Врста мјере (корективна)	Поријекло мјере	Мјера дефинисана (датум)	Мјера спроведена (датум)	Постигнуто побољшање
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Датум: **Припремио:** **Одобрио:**

Образац 3. Регистар нежељених догађаја

Р. бр.	Вријеме настанка		Организациона јединица	Врста нежељеног догађаја	Узрок
	Датум	Вријеме			

Датум: **Припремио:** **Одобрио:**

IX. ДИО

ПРУЖАЊЕ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ НЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

1 КРИТЕРИЈИ ЗА АНГАЖОВАЊЕ СОЦИЈАЛНОГ РАДНИКА

2 УСЛОВИ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА КОРИСНИКА НА ЗДРАВСТВЕНУ НЊЕГУ У КУЋИ

3 ПОСТУПАЊЕ У СЛУЧАЈУ НАСИЉА

4 ПОЛОЖАЈ МАЈКЕ И НОВОРОЂЕНЧЕТА ПРИЛИКОМ ПОДОЈА

5 ПОДРШКА ДОЈЕЊУ НОВОРОЂЕНЧЕТУ И МАЈЦИ

6 ОБРАДА ПУПКА КОД НОВОРОЂЕНЧЕТА

7 ОБРАДА УСНЕ ДУПЉЕ ДОЈЕНЧЕТА КОД SOOR-a

8 ПОДИЗАЊЕ И ПРОМЈЕНА ПОЛОЖАЈА ПАЦИЈЕНТА

9 ЗДРАВСТВЕНА НЊЕГА ПАЦИЈЕНТА С ПЕРКУТАНОМ ЕНДОСКОПСКОМ ГАСТРОСТОМОМ

10 ПРУЖАЊЕ ПАЛИЈАТИВНЕ НЊЕГЕ

11 ПОСТУПАЊЕ С УМРЛИМ У КУЋИ

1 КРИТЕРИЈИ ЗА АНГАЖОВАЊЕ СОЦИЈАЛНОГ РАДНИКА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинишу се критерији за ангажовање социјалног радника.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

ТПМ – тим породичне медицине.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ ове процедуре је дефинисати стања која медицинска сестра – техничар треба да идентификује код пацијента, у породици, заједници, а која могу и треба да буду разлог, односно критериј, за ангажовање социјалног радника.

У процјени стања и планирању функционалне здравствене заштите треба да се узме у разматрање физичко, психичко, економско, социјално и друга стања пацијента, његове породице и заједнице у којој се налази. Активно учешће социјалног радника као члана тима у пружању здравствене заштите значајно доприноси побољшању социјалне ситуације, односно стварању повољнијих услова који директно и/или индиректно утичу на здравствено стање пацијената.

Социјални радник ради с појединцем, породицом, групом, локалном заједницом и сарађује са фондовима здравственог и пензионог осигурања, центром за социјални рад, општинским органом управе и другим службама и друштвеним институцијама, односно спона је сарадње појединаца и свих релевантних установа и институција.

У оквиру кућне посјете, медицинска сестра – техничар је у обавези узети социјалну анамнезу користећи обрасце прописане на нивоу установе. На основу процјене социјалног статуса, медицинска сестра – техничар даје препоруку за укључивање социјалног радника.

3.1. Критерији за укључивање социјалног радника од стране медицинске сестре – техничара односе се на сљедеће категорије:

- пацијенти без материјалних примања;
- вишечлане породице лошег материјалног стања;
- пацијенти са тежим обољењем без материјалних примања, и/или који живе сами;
- пацијенти који живе у лошим хигијенским условима;

- пацијенти који немају регулисано здравствено осигурање нити остварују права из социјалне заштите, пензионог и инвалидског осигурања;
- пацијенти који су изложени насиљу у породици;
- особе са потешкоћама у психичком и физичком развоју, пацијенти обољели од тежих душевних обољења;
- бивши и активни овисници о психоактивним супстанцама, алкохолу и другим токсикоманијама;
- пацијенти који имају нарушене социјалне односе;
- породице код којих је уочена васпитна или одгојна запуштеност дјетета.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Алгоритам – Критерији за ангажовање социјалног радника

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Алгоритам – Критерији за ангажовање социјалног радника

КРИТЕРИЈИ ЗА АНГАЖОВАЊЕ СОЦИЈАЛНОГ РАДНИКА

Прикупити податке о физичком, психичком, здравственом и функционалном стању, економским, социјалним и другим условима живота пацијента, његове породице и заједнице
СОЦИЈАЛНА АНАМНЕЗА

↓

Проценити социјални статус пацијента

↓

Идентификовати стања код пацијента, у породици, заједници која су
ИНДИКАЦИЈЕ ЗА АНГАЖОВАЊЕ СОЦИЈАЛНОГ РАДНИКА –
проценити потребу за ангажовање социјалног радника.

↓

- пацијенте без материјалних примања;
- вишечлане породице лошег материјалног стања;
- пацијенте с тежим обољењем без материјалних примања и/или који живе сами;
- пацијенте који живе у лошим хигијенским условима;
- пацијенте који немају регулисано здравствено осигурање нити остварују права из социјалне заштите, пензионог и инвалидског осигурања;
- пацијенте који су изложени насиљу у породици;
- особе с потешкоћама у психичком и физичком развоју, пацијенте обољеле од тежих душевних обољења;
- бивши и активни овисници о психоактивним супстанцама, алкохолу и другим токсикоманијама;
- пацијенте који имају нарушене социјалне односе;
- породице код којих је уочена васпитна или одгојна запуштеност дјетета.

↓

Евидентирати планиране и спроведене активности

2 УСЛОВИ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА КОРИСНИКА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЊЕГУ У КУЋИ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром регулишу се услови за остваривање права на здравствену његу у кући.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари, као и сви запослени који учествују у дефинисању услова за остваривање права корисника на здравствену његу у кући.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Кућна њега – подразумијева здравствену његу полупокретних и непокретних старих, изнемоглих, болесних и инвалидних особа, које не захтијевају болнички третман или је он завршен и код којих се сврха пружања одговарајуће помоћи може остварити у њиховој кући.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: осигурати адекватну здравствену његу пацијента у кућним условима.

3.1. Процјена и индикације

Свака особа има право на услуге здравствене његе у кући у медицински индикованим случајевима. Услуге у кућним условима проводе се у сврху побољшања здравственог стања корисника и спречавања погоршања болести.

Процјену и индикације за пружање здравствених услуга у кући за лица одређује доктор медицине на основу обављене посјете и/или прегледа или након увида у медицинску документацију (отпусно писмо, специјалистички налаз), из које се јасно може закључити да је потребна здравствена њега или лијечење у кућним условима у сљедећим ситуацијама:

- непокретност или тешка покретљивост (особе које за кретање требају помоћ друге особе или користе помагала за кретање);
- хроничне болести у фази погоршања или компликације болести;
- пролазна или трајна здравствена стања код којих није могуће самозбрињавање;
- након сложенијих оперативних захвата који захтијевају превијање и његу ране, те његу стоме, и слично;

– код пацијента у терминалној фази болести.
– неосигурана лица могу остварити право на здравствену његу у кући према важећем комерцијалном цјеновнику.

3.2. Налог за кућну посјету

Након процјене о потреби пружања услуга здравствене његе у кући, доктор медицине пише налог с налазом и мишљењем о потребним поступцима, динамици (учесталости), те периоду који је потребан за пружање услуга, евидентирајући:

– актуелни проблем, односно разлог пружања услуге у кући (дијагноза или опис стања пацијента);
– врсту услуге коју медицинска сестра – техничар треба да обави за услуге које захтијевају континуитет (превијање, примјена парентералне терапије и сл.). Поред горе наведеног, потребно је евидентирати учесталост (нпр. свакодневно, сваки други дан) и временски интервал (период од–до) обављања посјете ради пружања услуге.

Доктор медицине позива медицинску сестру – техничара и упућује је у извршење поступака.

3.3. Услуге медицинске сестре – техничара

Медицинске сестра – техничар као носилац послова здравствене његе у кући обавља:

– превенцију компликација дуготрајног лежања;
– припрему и примјену системске и локалне терапије;
– узорковање материјала за дијагностичке анализе;
– обрада и превијање рана;
– њега остомија;
– пласирање и депласирање уринарног катетера код жена;
– мјерење и евиденцију виталних функција;
– едукацију пацијената и чланова његове породице у спровођењу мјера здравствене његе и рехабилитације.

Наведени поступци и организација посјета проводе се и евидентирају по усвојеним процедурама и упутствима.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

3 ПОСТУПАЊЕ У СЛУЧАЈУ НАСИЉА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се поступање медицинских сестара – техничара у случају насиља или сумње на насиље у породици.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Насиље у породици – постоји уколико постоје основе сумње да су учињене радње којима члан породице наноси физичку, психичку или сексуалну бол или патњу и/или економску штету, као и пријетње које изазивају страх од физичког, психичког или сексуалног насиља и/или економске штете код другог члана породице.

Облици насиља у породици – физичко, психичко, економско, сексуално насиље и занемаривање (небрига) дјеце и старих и изнемоглих особа у породици.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: препознати и исправно поступити у случају постојања насиља или сумње на насиље у породици.

3.1. Препознавање насиља у породици

Насиље у породици може бити проузроковано од стране једног или више чланова породице, над било којим чланом породице, а најчешће се манифестује као насиље над особама у партнерским односима, насиље над дјецом и насиље над старим особама у породици.

Медицинска сестра – техничар може посумњати да се ради о могућем насиљу у породици на основу видљивих повреда, тегоба које жртва наводи, понашања, поступака и признања жртве насиља и/или починитеља насиља.

Жртве насиља у породици често скривају, негирају или нерадо говоре о насиљу због различитих разлога:

- страх од неразумијевања, погоршања степена насиља уколико се неко укључи, да ће дјеца бити укључена у циклус насиља, да ће полиција или судски органи бити увучени у проблем;
- стид, нелагода/стигматизација;

– недостатак повјерења да је проблем могуће ријешити.

3.2. Најчешћи знаци, понашања и симптоми који могу указивати на насиље у породици

Показатељи који могу навести медицинску сестру – техничара на сумњу о насиљу у породици (образац 1):

– локализација повреда на глави, лицу, врату, грудном кошу, абдомену и аногениталној регији;

– модрице, опекотине, ожиљци, контузије, лацерације у различитим фазама зарастања, трауматска алопеција, лоша хигијена, потхрањеност и дехидрација (дјеца и особе овисне о туђој њези и помоћи);

– жртва сакрива повреде;

– током разговора насилна особа је доминантна и говори у име жртве.

3.3. Поступци медицинске сестре – техничара уколико посумња на могуће насиље у породици

– кроз разговор с члановима породице, старатељима или његоватељима добити информације које могу потврдити или оповргнути сумњу на постојање насиља;

– упознати жртву с контактима за тражење помоћи (полиција 122, хитна помоћ 124, СОС телефон за жртве насиља 1264 за Републику Српску, СОС телефон за жртве насиља 1265 за Федерацију Босне и Херцеговине; и препоручити обраћање надлежном центру за социјални рад / служба социјалне заштите и породичном савјетовалишту);

– сва запажања, сазнања и наводе потенцијалне жртве уредно документовати и пријавити надлежном доктору медицине;

– у случају уочавања тешких тјелесних повреда, употребе ватреног оружја и сексуалног криминалитета, или присуства насилној ситуацији, медицинска сестра – техничар обавезна је обавијестити службу хитне медицинске помоћи и надлежну полицијску станицу.

3.4. Мјере опреза и препоруке

– у раду са починиоцем насиља не супротстављати се насилној особи како се не би угрозила властита сигурност и сигурност жртве;

– не интерпретирати, не мијењати, не тумачити изјаве жртве;

– имати у виду да су жртве понекад склоне мијењању изјава или свјесно изостављају неугодне детаље инцидента;

– опрез – одговор „НЕ“ не мора увијек значити НЕ;

– евидентирати све повреде и изјаве (цитирати жртву) уколико је то могуће;

– прочитати жртви шта је записано;

– евидентирати у складу са прописима здравствене установе.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

1. Документовање насиља у породици

Образац 1. Документовање насиља у породици

Назив и мјесто здравствене установе: _____

Доктор медицине: _____

Медицинска сестра – техничар: _____

Датум прегледа: ___ / ___ / _____. Вријеме прегледа: ___ h / ___ мин.

1. Основни подаци о особи која је могућа жртва насиља:

Име, име оца и презиме: _____

ЈМБГ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Пол: ☐ Ж ☐ М

2. Основни подаци о дјеци:

Број дјеце: _____ Године старости дјеце: _____ Пол: _____

3. Податке даје:

Име и презиме: _____ ЈМБГ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

4. Разлог јављања у здравствену установу (обиљежи):

а) пацијент/киња пријављује насиље: ☐ ДА ☐ НЕ

б) ако „НЕ“, на основу чега је посумњано на насиље:

_____
___

_____
___

Да ли је интервенисала полиција: ☐ НЕ ☐ ДА (назив полицијске станице):

_____

5. Информације које се односе на насилни догађај:

Гдје се догодило насиље:

Датум: ___ / ___ / _____. Вријеме: ___ h / ___ мин.

Насилник: ☐ познат: _____ ☐ непознат: _____

Ако је познат насилник/ца, обиљежити однос са жртвом:

☐ супруг/а ☐ бивши супруг/а ☐ садашњи партнер/ка ☐ бивши партнер/ка ☐ истополни партнер/ка

☐ отац ☐ мајка ☐ брат ☐ сестра ☐ син

☐ кћерка ☐ рођак/а ☐ старатељ/ка ☐ дјед ☐ бака

Образац 1. Документовање насиља у породици (наставак)

☐ друго, навести: _____

Опис догађаја (користите ријечи пацијента/киње):

_____

_____

_____

6. Врста насиља:

6.1 Физичко насиље: ☐ ДА ☐ НЕ

6.2 Сексуално насиље:

☐ присиљавање на сексуални однос ☐ присиљавање на нежељене сексуалне радње

☐ понижавајући сексуални однос ☐ присиљавање на проституцију

☐ друго: _____

6.3 Емоционално/психичко насиље:

☐ вријеђање ☐ забране ☐ застрашивање ☐ пријетње

☐ друго: _____

7. Оријентациона процјена психичког стања пацијента/киње (обиљежи):

☐ комуникативан/а ☐ некомуникативан/а ☐ узнемирен/а

☐ друго: _____

Питања од медицинског значаја:

1) Да ли је пацијенткиња трудна? ☐ НЕ ☐ Не зна ☐ ДА (уписати недељу трудноће: _____)

2) Да ли пацијент/киња болује од неке хроничне болести? ☐ НЕ ☐ Не зна ☐ ДА (од које: _____)

3) Да ли постоје подаци или знаци о повређивању у прошлости? ☐ ДА ☐ НЕ

4) Да ли даје податке о повређивању у прошлости? ☐ ДА ☐ НЕ

5) Остали важни медицински подаци:

☐ поремећај спавања _____

☐ хронични болови _____

☐ главобоље _____

☐ злоупотреба лијекова или других психоактивних супстанци _____

☐ друго (навести) _____

Образац 1. Документовање насиља у породици (наставак)

1. Физикални преглед:

_____
_____
_____

2. Изглед одјеће (описати евентуалне трагове насиља):

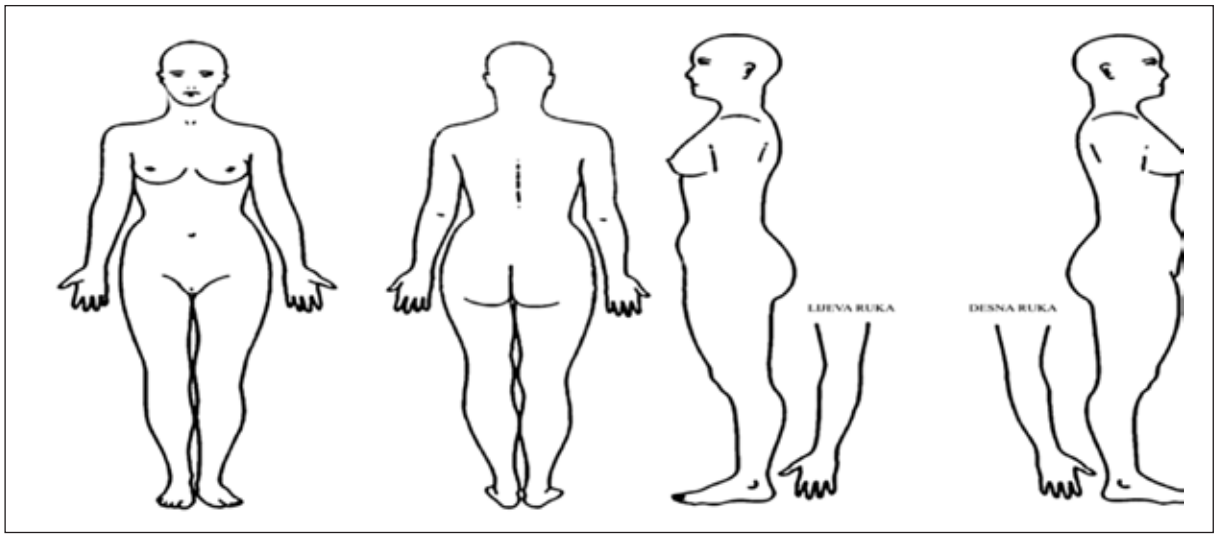
_____
_____
_____

3. Тјелесне повреде (забиљежити врсту, облик, величину, боју повреде, те их обиљежити што вјеродостојније на скици тијела – слика 1–3):

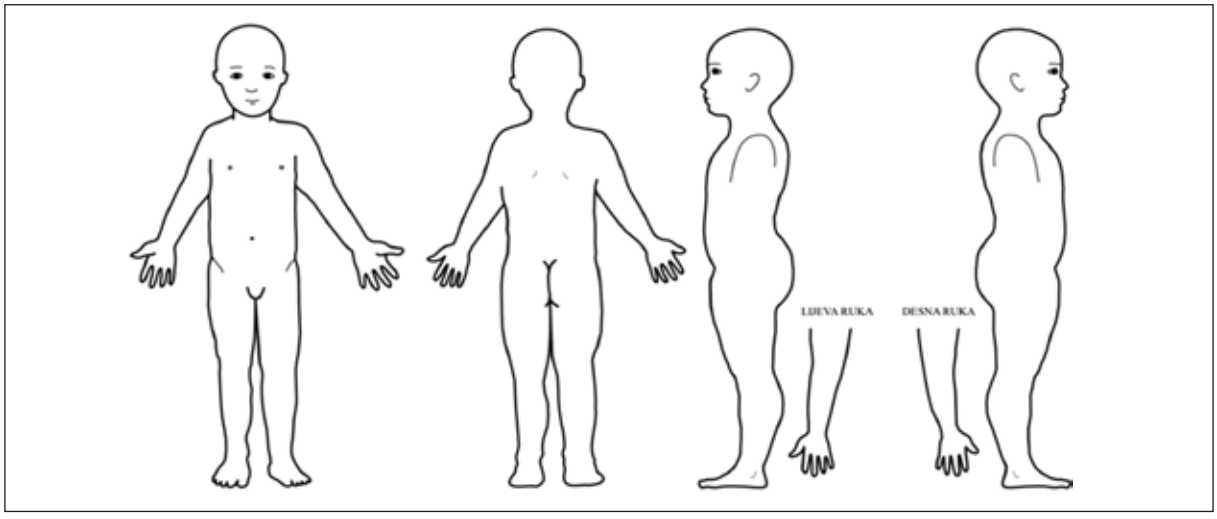
_____
_____
_____

3. Напомена:

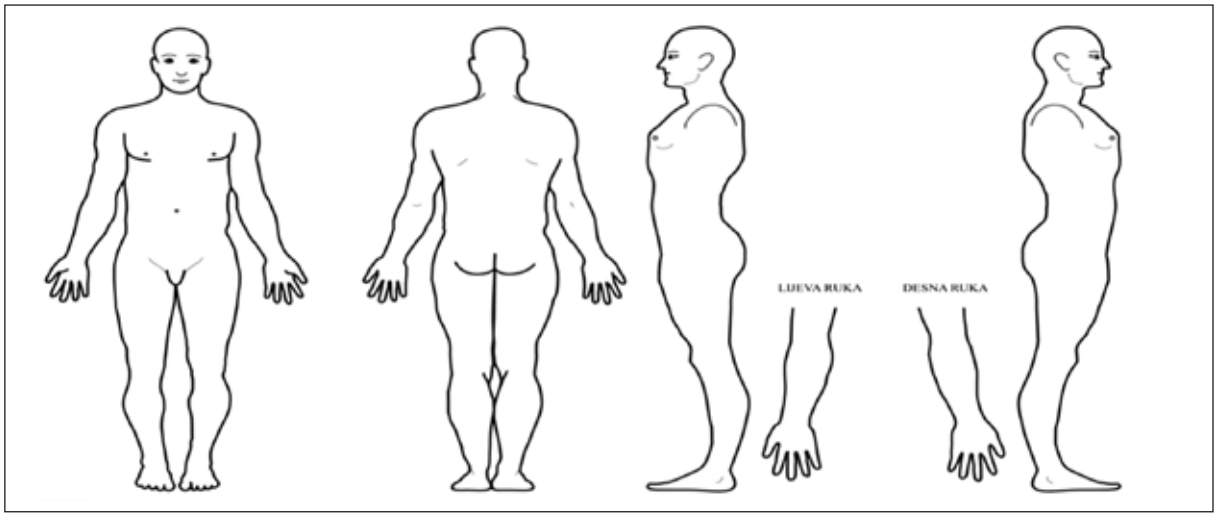
_____
_____
_____



Слика 1. Скица тијела жене (осјенчити дијелове тијела на којима су видљиве повреде)



Слика 2. Скица тијела дјетета (осјенчити дијелове тијела на којима су видљиве повреде)



Слика 3. Скица тијела мушкарца (осјенчити дијелове тијела на којима су видљиве повреде)

4 ПОЛОЖАЈИ МАЈКЕ И НОВОРОЂЕНЧЕТА ПРИЛИКОМ ПОДОЈА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром описују се положаји које мајка и новорођенче заузимају приликом подоја.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.2. Термини

Нема.

2.3. Скраћенице

Нема.

3. ПОЛОЖАЈИ МАЈКЕ И НОВОРОЂЕНЧЕТА ПРИЛИКОМ ПОДОЈА

Охрабрити мајку да посједује капацитет и способности да открије шта одговара њеном новорођенчету.

Медицинска сестра – техничар треба да упозна мајку са најприкладнијим положајем за дојење, како мајке тако и новорођенчета, који ће за посљедицу имати ефикасан подој. Такође, медицинска сестра – техничар треба да посматра мајку како доји новорођенче и предлаже алтернативни положај за подој само у случају кад положај који мајка примјењује не даје жељени резултат.

3.1. Положај мајке приликом дојења

Помоћи мајци да се смјести у удобан положај на самом почетку дојења у циљу даље подршке дојењу.

- мајку смјестити у угодан положај у којем су леђа и рамена ослоњена на јастук са тијелом које је опуштено, ноге морају бити опуштене и угодно опружене на под или столицу за ноге, са кољенима вишим од карлице;
- уколико је мајка у лежећем положају, лежање омогућује новорођенчету да се одмара на мајчином торзу, што помаже при постизању одговора.

3.2. Положај новорођенчета приликом дојења

Најчешћи положаји за подој новорођенчета су: положај колијевке, „фудбалске лопте", унакрсни хват, бочни лежећи положај и дојење на леђима.

Мајке користе различите положаје за новорођенче како би постигле ефикасност подоја, што укључује хватање, сисање и лактацију без боли за мајку. Уколико мајка постиже ефикасност подоја и без коришћења уобичајених положаја за дојење, нема разлога да се дојење обавља и у том положају.

Приликом давања савјета о положају новорођенчета приликом подоја, треба да се у обзир узму разлике у грађи дојке, удобност и ниво самопоуздања.

3.2.2. Положај колијевке

Положај колијевке је традиционални и најчешћи положај за подој у којем мајка заузима сједећи положај са положеним новорођенчетом (водоравно) преко абдомена, са главом коју мајка подупире руком у предјелу лакатног прегиба.

Новорођенче положено преко абдомена је на боку, тако да су му лице, абдомен и ноге (кољена) окренути ка мајци. Руку новорођенчета која виси мајка подупире својом руком. Мајчина подлактица се налази испод леђа у циљу подупирања врата, кичме и глутеуса. Уколико се новорођенче доји десном дојком, глава је наслоњена на лакатни прегиб десне руке мајке.

Користећи се сатом као аналогијом за дојку, прсти руке на дојци се налазе у сљедећем положају:

- кажипрст лијеве руке је на 6 (шест) часова, док је палац лијеве руке на 1 (један) час или
- лијевом руком обухватити цијелу дојку у циљу подршке сисања, с тим да је у том положају кажипрст лијеве руке између 10 (десет) и 11 (једанаест) часова, а палац између 2 (два) и 3 (три) часа.

Овај положај је одговарајући за новорођенчад рођену у предвиђеном термину и природним (вагиналним) путем. Овај положај није одговарајући уколико се код мајке или новорођенчета јављају проблеми током сисања и лактације. Када мајка користи овај положај за дојење, има веома мало контроле над покретима главе новорођенчета, због чега не може помоћи новорођенчету или наводити новорођенче на сисање. Положај колијевке мајке инстинктивно користе и не треба га мијењати изузев у случајевима када се уочи неефикасан подој. Такође, овај положај није прикладан за мајке чији је пород завршен царским резом. Сисање новорођенчета може се побољшати њежним поравнавањем тијела новорођенчета без помјерања.

3.4.2. Положај „фудбалске лопте“

Положај „фудбалске лопте“ је положај у којем се новорођенче држи под руком попут фудбалске лопте.

Положај „фудбалске лопте“ је положај у којем је новорођенче положено на бок и испружено испод мајчине руке (као да држи лопту), дуже десне стране или лијеве стане мајке, са лицем окренутим према средини мајчиних груди, односно носом у висини брадавица и ногама одмакнутим од мајке. У овом положају се може користити јастук као ослонац за мајчине и новорођенчетове руке. Глава новорођенчета је положена на длан (положај слова „Ц“), помоћу којег се одижу глава, врат и рамена новорођенчета према дојци. Водити рачуна да се глава новорођенчета не приближи сувише дојци, како се новорођенче не би сувише опирало или погнуло главу под притиском длана.

Овај положај се посебно препоручује код жена које имају:

- велике груди;
- равне брадавице;
- више новорођенчади (близанце, тројке...)
- пород завршен царским резом.

Такође, овај положај се препоручује код:

- прије времено рођене новорођенчади која чврсто стоји испод мајчиних руку;
- новорођенчади рођене на вријеме, а која имају проблема са сисањем;
- новорођенчади која се опиру традиционалном дојењу у сједећем положају;
- новорођенчади са урођеном аномалијом увезаног или спојеног језика (анкилоглосија).

У овом положају мајка може да придржава цијело тијело новорођенчета својим рукама и да има већу контролу над покретима тијела новорођенчета. Такође, она може да држи и формира дојку лијевом или десном руком (зависно од дојке) и да спроводи лагану масажу дојке.

У односу на традиционални сједећи положај, гдје мајке често имају проблем да виде тијело новорођенчета, овај положај омогућује бољу подршку тијелу новорођенчета без изгледа као да је новорођенче заспало или је пало.

Приликом дојења на десној дојци, мајка новорођенче придржава десном руком и обратно, када је подој на лијевој дојци. У оба случаја може користити супротну руку како би придржавала новорођенче.

У овом положају за дојење, када мајка обухвати дојку, њени прсти се налазе у сљедећим позицијама:

- палац руке се налази на 3 (три) часа, док је кажипрст између 8 (осам) и 9 (девет) часова.

3.4.3. Положај унакрсног хвата

Положај унакрсног хвата је положај који представља комбинацију традиционалног дојења у сједећем положају и унакрсног положаја.

У положају унакрсног хвата мајка не придржава главу новорођенчета лакатним прегибом само једне руке већ мајка користи и доминантну и мање доминантну руку. У позицији доминантне руке, нпр. у случају десне руке и дојења на лијевој дојци, мајка придржава врат и рамена десним дланом, а тијело подлактицом десне руке. У случају подоја

на десној дојци, мајка користи лијеву руку. Тијело новорођенчета ротира се са једне на другу дојку тако што су прса и трбух новорођенчета ослоњени на прса и трбух мајке.

Мајка придржава лијеву дојку помоћу лијеве руке на начин да јој се палац налази на 3 (три) часа, а кажипрст на 9 (девет) часова.

Овај положај је посебно погодан на почетку дојења, новорођенчади мале тјелесне тежине и код новорођенчади која имају проблем са хватањем дојке. Положај омогућује мајци посебну контролу над покретима новорођенчета и овим положајем у поступку дојења лакше управља како расте самопоуздање код мајки.

3.4.4. Бочни лежећи положај

Бочни лежећи положај је положај који се најчешће користи када је мајци неопходан одмор и када новорођенче самостално сиса.

У бочном лежећем положају мајка лежи на боку са лагано савијеним ногама у кољенима. У циљу држања леђа и бокова равним, јастуци се постављају испод главе и рамена и између ногу. Такође, мајка нижу руку може поставити испод своје главе, а другу руку (вишу), односно горњи дио руке, може користити за придржавање главе и леђа новорођенчета. Алтернативно мајка нижу руку може пружити испод главе новорођенчета или дуж леђа, како би руком придржавала тијело новорођенчета. Мајка може ставити новорођенче на дојку подизањем или спуштањем дојке лаганим ротирањем тијела према новорођенчету. Такође, иза леђа новорођенчета може се поставити заролани ручник или декица која придржава новорођенче док лежи у циљу ефикасног сисања. Други метод за промјену дојке у бочном лежећем положају је да мајка новорођенче загрли на грудима и да се заједно са њим ротира на другу страну.

Овај положај је нарочито битан за мајке код којих је:

- порођај завршен царским резом или су имале тежак порођај или
- новорођенче доји ноћу.

3.4.5. Дојење на леђима или биолошко дојење

Дојење на леђима је још познато као биолошко дојење, јер се помоћу њега подстиче ослобађање примитивних неонаталних рефлекса који стимулишуће дјелују на подој.

У овом положају мајка се налази на леђима, а новорођенче је лицем окренуто према мајци и лежи ослоњено на мајчино тијело и налази се изнад дојки мајке, чиме се постиже боља контрола протока млијека. У овај положај мајка може врло једноставно прећи из сједећег положаја док се новорођенче налази на дојци, забацујући лагано леђа према назад. Овај положај је погодан за новорођенче:

- када мајка продукује велике количине млијека, чиме велике количине млијека улазе у уста новорођенчета;
- за подој у јутарњим часовима када се новорођенче одваја од мајке због радних обавеза:
- подстиче се зближавање између мајке и новорођенчета;
- које гризе или увлачи језик, па усљед силе гравитације вилица новорођенчета пада према напријед.

3.4.6. Остали положаји за дојење

Мајке су миленијумима људског постојања осмишљавале креативне положаје за дојење.

Један од алтернативних положаја за дојење је да се новорођенче положи на кревет, а да се мајка нагне преко тијела новорођенчета ослоњена на руке и кољена. У овом

положају мајка може ставити дојку у уста новорођенчета ротирајући своје тијело или тијело новорођенчета. У циљу избјегавања напрезања леђа, новорођенче се може одигнути помоћу јастука или декице. Овај положај је погодан за новорођенчад која вуку или која су недавно имала оперативни захват.

Други алтернативни положај који мајке могу користити приликом подоја новорођенчади је положај у којем је мајка на леђима, а новорођенче лежи трбухом преко њених руку и рамена са ногама удаљеним од рамена.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1 Прилози

Прилог 1. Најчешћи положаји за дојење

4.2 Обрасци

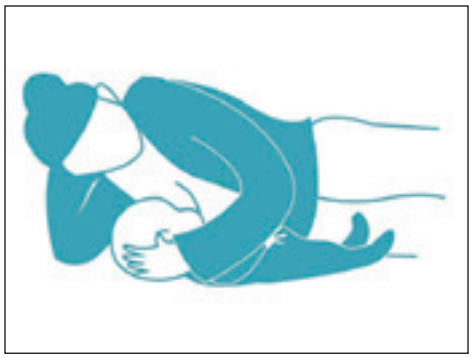
Нема.

Прилог 1. Најчешћи положаји за дојење

Положај „колијевке“

Положај „фудбалске лопте“

Положај „унакрсног хвата“



Положај „Бочни лежећи положај“

Положај „Дојење на леђима или биолошки положај“

Слике преузете: Крени здраво: Водич кроз дојење – правилни положаји, каледар дојења помагала за дојење (2018). https://krenizdravo.dnevnik.hr/mame-i-bebe/vodic-kroz-dojenje-pravilni-polozaji-kalendar-dojenja-i-pomagala-za-dojilje

5 ПОДРШКА ДОЈЕЊУ НОВОРОЂЕНЧЕТУ И МАЈЦИ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинишу се одређени поступци подршке дојењу новорођенчету и мајци.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Ова процедура се не односи на подршку дојењу новорођенчади старије од 6 мјесеци.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Искључиво дојење – подразумијева да се новорођенче доји до шестог мјесеца живота, а да се при том не даје друга храна, вода или течност, са изузетком у случају потребе давања лијекова и витамина.

Hirschsprungova (*Хиршпрунгова*) болест – урођена аномалија инервације доњег дијела цријева (обично ограничена на дистални дио дебелог цријева, али може захватити читаво дебело цријево или чак читаво дебело и танко цријево) која доводи до дјелимичне или потпуне функционалне опструкције цријева.

Подршка – вид психолошке помоћи коју појединац може добити од здравственог радника, друге особе или групе.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

3.1. Процјена дојења

У фази процјене дојења процјењују се мајка и новорођенче. Процјена новорођенчета у погледу дојења укључује и новорођенче и мајку:

3.1.1. Новорођенче

Посматрати: Да ли новорођенче исправно хвата дојку?

- исправан положај усана, језика, браде и чељусти новорођенчета за исправно хватање дојке представљено је у прилогу 1.

☛ У првим данима живота новорођенчета битна је подршка мајке како би успоставило дојење.

☐ када новорођенче лежи стомаком према мајци, усљед силе гравитације, новорођенче има урођени рефлекс да се усмјерава према дојци, што резултира хватањем дојке и сисањем;

☐ уколико новорођенче не отвара уста, ручно истиснути неколико капи на усне новорођенчета како би се подстакло отварање уста;

☐ добро хватање дојке осигурава да новорођенче сиса добро и помаже у продуковању довољно млијека, спречава појаву бола и рагада на брадавицама.

☐ у првим данима живота новорођенчета мајка треба да ради на успостављању рутине и буде истрајна у успостављању дојења.

Посматрати: У којем положају се новорођенче доји?

- тијело новорођенчета је равно положено, не повијено или пресавијено;
- новорођенче је лицем окренуто према дојци;
- тијело новорођенчета додирује мајчино тијело;
- мајка подржава цијело тијело новорођенчета, не само врат и рамена.

☛ Не постоји један прави положај за подој који могу да користе све мајке. Положаји за дојење новорођенчета представљени су у процедури „Положај мајке и новорођенчета приликом подоја".

Посматрати: Да ли новорођенче сиса ефективно?

- лагано пуно сисање;
- звучно и видно гутање;
- паузе између сисања и гутања.

Питати и слушати: Колики је број подоја у току 24 часа?

- подој на захтјев или препознавање знака да је новорођенче спремно за подој (подоји дању и ноћу);
- новорођенче се након подоја на једној дојци одмара прије него што му се понуди друга дојка;
- број подоја је 8–12 током 24 часа.

☛ **Ако има < 8 подоја током 24 часа**

☐ повећати број подоја стимулишући новорођенче да сиса;

☐ дојити онолико дуго колико то новорођенче жели;

☐ оставити новорођенче да се одмори на претходној дојци прије него што му се понуди друга дојка.

☛ **Ако има > 12 подоја током 24 часа**

☐ процијенити дужину сваког подоја;

☐ процијенити да ли новорођенче добија довољно млијека приликом сваког подоја;

☐ провјерити начин на који новорођенче хвата дојку и сиса.

Напомена: *Новорођенче старости мање од два мјесеца обично сиса свака два сата због величине желуца. Чешће дојење помаже у успостављању дојења и у продукцији млијека.*

Питати и слушати: Да ли се новорођенчету дају вода, друга течност или храна?

- ексклузивно дојење до 6 мјесеца живота (не даје се вода или друга течност, получврста или чврста храна).

☐ савјетовати мајку о важности искључивог дојења;
☐ утврдити разлоге због којих се новорођенчету даје вода или друга течност и храна;
☐ савјетовати да се повећа број подоја и смањи давање пића и хране;
☐ проценити дојење у реалности, начин његе и факторе ризика из окружења;

Питати и слушати: Да ли новорођенче одбија дојку?

Посматрати: Да ли у устима новорођенчета има промјена (нпр. сор, кандида или анатомске промјене у устима)?

- бјеличасте наслаге на слузници усана или на језику;
- осипи по кожи;
- новорођенче константно одбија да сиса.

☛ **Напомена:** *Мјере за његу сора код новорођенчета описане у процедури „Обрада усне дупље дојенчета код SOOR-а“.*

3.1.2. Мајка

Код мајке се процјењују разлози због којих се сматра да нема довољно млијека и посматра се стање дојки.

Слушати: Идентификовати разлоге због којих мајка сматра да нема довољно млијека. Да ли се ради о „реалним“ („Мајка нема довољни млијека“) или нереалним („Мајка мисли да нема довољно млијека“) или „Мајка мисли да није способна да доји новорођенче“ разлозима?

„Мајка нема довољно млијека“

- столица новорођенчета одступа од нормалних карактеристика које су у складу са узрастом новорођенчета (прилог 2): новорођенче четвртог дана од порода и даље има зелено–црне или зелено–смеђе столице, нередовне, чврсте, сухе и мале столице;
- новорођенче има чврсте, сухе и зелене столице;
- новорођенче има нередовне мале столице;
- мање од шест влажних пелена дневно и након прве седмице од порода;
- новорођенче не сиса дубоко и сисање није испраћено звучним и визуелним сензацијама;
- новорођенче није задовољно након подоја;
- новорођенче често плаче након подоја;
- чести и дуги подоји;
- новорођенче одбија да сиса;
- новорођенче не добија на тежини: новорођенче у првом мјесецу добија мање од 500 г.

☛

- ☐ провјерити начин на које новорођенче хвата дојку;
- ☐ провјерити ефикасност сисања новорођенчета;
- ☐ питати о броју подоја у току 24 часа: 8–12 подоја;
- ☐ престати са давањем додатне прехране; новорођенче у првих шест мјесеци не смије узимати ништа изузев мајчиног млијека;
- ☐ утврдити постојање болести или физичких недостатака код мајке и дјетета;
- ☐ објаснити мајци да треба да прође извјесно вријеме док новорођенче не почне добијати на тежини (најчешће 3–7 дана);
- ☐ појачати самопоуздање мајке – да има довољно млијека;
- ☐ објаснити мајци да проблем са недостатком млијека може узроковати нагли раст новорођенчета (око треће седмице, шесте седмице, трећег мјесеца) или дојење новорођенчета у тачно одређеном времену у току дана;
- ☐ објаснити да новорођенче може исисати више млијека него што га мајка може продуковати;
- ☐ дозволити новорођенчету да се одмори након подоја на једној дојци прије него што му се понуди друга дојка;
- ☐ избјегавати дужу одвојеност од новорођенчета, што чешће остваривати контакт између мајке и новорођенчета „кожом на кожу“;
- ☐ провјерити да ли мајка конзумира довољно хране или пића.

Напомена: *Уколико новорођенче не добија на тежини након седам дана од порођаја, предложити мајци, уз консултације са доктором медицине, алтернативне методе за храњење новорођенчета мајчиним млијеком.*

„Мајка мисли да нема довољно млијека“

- мајка мисли да нема довољно млијека, за шта не постоје оправдани разлози;
- узнемирено и незадовољно новорођенче.

☛

- ☐ провјерити да ли новорођенче добија довољно млијека или не (провјерити тежину, пражњење цријева и мокраћне бешике);
- ☐ саслушати разлоге мајчине забринутости, зашто сматра да нема довољно млијека;
- ☐ дати исте савјете/акције као и за мајке које немају довољно млијека (видјети савјете за „Мајке које немају довољно млијека“).

„Мајка мисли да није способна да дoји новорођенче“

☛

- ☐ саслушати разлоге за мајчину забринутост. Уколико мајка изражава забринутост везану за њену прехрану, објаснити да продукција млијека не зависи од врсте хране или начина прехране, односно да не постоји храна или пиће којим се може утицати на квалитет и квантитет мајчиног млијека, односно храна коју треба избјегавати;

☐ Препоручити мајци да ограничи унос алкохола и да избјегава пушење;

☐ савјетовати мајци да узима разноврсну храну ради јачања сопственог имунитета:

- између главних оброка јести два мала међуоброка сваки дан
- увести разнолику прехрану
- користити јодирану со
- уносити довољно течности
- провјерити које намирнице садрже витамин А
- присуствовати едукацијама о правилној исхрани породиља

„Стање дојки“

Питати и посматрати: Да ли су дојке препуњене:

- дешава се на обје дојке
- отицање
- тежина
- затезање коже
- топлина
- благо црвенило
- бол
- сјајна и затегнута кожа, брадавице увучене и настају проблеми око хватања брадавица
- често се дешава између 3–5 дана након порођаја, када продукција млијека расте и када сисање није успостављено

☛

☐ провјерити начин на који новорођенче хвата дојку;

☐ провјерити ефикасност сисања новорођенчета;

☐ питати о броју подоја у току 24 часа: 8–12 подоја;

☐ престати са давањем додатне прехране; новорођенче у првих шест мјесеци не смије узимати ништа изузев мајчиног млијека;

☐ мајка и новорођенче вријеме проводе заједно, контакт између мајке и новорођенчета остварује се „кожом на кожу“;

☐ лагано притискати (масирати дојку) како би се стимулисало отицање млијека;

☐ новорођенчету понудити обје дојке;

☐ издајати/измлазати млијеко у трајању од 10 минута након подоја. Ако се истицање млијека и након тога настави, наставити са издајањем/истискивањем док се истицање млијека не успори;

☐ стављати хладне облоге на дојке у циљу смањења отока;

☐ туширање топлом водом (дуж леђа и рамена) прије подоја/издајања;

Напомена: *Првог и другог дана након порођаја новорођенче сиса свега 2–3 пута.*

Питати и посматрати: Да ли су брадавице/дојке болне и има ли рагада на брадавицама:

- болне дојке и брадавице
- рагаде на врху или око базе брадавица
- повремено крварење
- појава инфекције

☛

- ☐ провјерити начин на који новорођенче хвата дојку;
- ☐ провјерити ефикасност сисања новорођенчета;
- ☐ питати о броју подоја у току 24 часа: 8–12 подоја;
- ☐ престати са давањем додатне прехране; новорођенче у првих шест мјесеци не смије узимати ништа изузев мајчиног млијека;
- ☐ не престајати са дојењем;
- ☐ почињати са подојем на мање болној страни (дојци);
- ☐ промијенити положај за подој;
- ☐ дозволити новорођенчету да само престане са подојем;
- ☐ издајати/истискати млијеко ручно прије подоја како би се подстакло отицање млијека;
- ☐ истиснути капљицу млијека на брадавицу;
- ☐ не примјењивати сапун или крему на брадавице;
- ☐ не чекати са подојем док се дојке препуне млијеком;
- ☐ извршити визуелну процјену и преглед усне шупљине новорођенчета;
- ☐ не користити флашице са дудом за храњење новорођенчета;
- ☐ уколико су рагаде масивне и захваћене инфекцијом, упутити мајку на доктора медицине;
- ☐ уколико је мајка ХИВ позитивна, не смије дојити новорођенче на дојци на којој постоје рагаде брадавица или крварење. Препоручити мајци да издаја/истиска млијеко из дојке и одбацује млијеко док се не залијечи промјена на брадавицама или пастеризовати млијеко загријавањем.

Питати и посматрати: Да ли су млијечни канали блокирани?

- упаљена млијечна жлијезда (чворић)
- локализовано црвенило
- добро опште стање мајке, без повишене температуре

Да ли на дојкама постоји маститис?

- јака упала
- јака бол
- црвенило у ограниченом подручју
- опште стање мајке лоше
- грозница
- понекад новорођенче одбија да сиса због измијењеног окуса млијека (окус млијека више слан)

☛

☐ провјерити начин на које новорођенче хвата дојку;

☐ провјерити ефикасност сисања новорођенчета;

☐ питати о броју подоја у току 24 часа: 8–12 подоја;

☐ престати са давањем додатне прехране; новорођенче у првих шест мјесеци не смије узимати ништа изузев мајчиног млијека;

☐ не престајати са дојењем (уколико се млијеко из дојки не одстрањује, расте шанса за појаву апсцеса, дозволити новорођенчету да сиса као и обично);

☐ стављати топле облоге (туширање или топле облоге);

☐ мијењати положај за дојење, како би се осигурало да је језик/брада што ближе блокираном каналу/маститису. Језик и брада ће масирати дојке и отпуштати млијеко са блокираног/упаљеног дијела дојке;

☐ подршка од стране осталих чланова породице, укључивањем у његу новорођенчета;

☐ дојити новорођенче на захтјев и онолико дуго колико новорођенче жели;

☐ избјегавати држање дојке приликом подоја између прстију (нпр. брадавице између средњег прста и кажипрста);

☐ **код блокаде млијечних канала**, примијенити њежну масажу на дојку, шаком руке, котрљајући прсте према брадавицама, а затим издајати/истискати млијеко или инсистирати на сисању новорођенчета свака 2–3 сата;

☐ препоручити мајци да више одмара и пије доста течности;

☐ уколико у року од 24 часа нема побољшања, упутити на доктора медицине;

☐ код маститиса: издајати/истискати млијеко уколико је сувише болно да новорођенче сиса. Млијеко се затим може дати новорођенчету;

☐ ако има гноја: одстранити га издајањем/истискањем и наставити са подојем.

Питати и посматрати: Да ли су брадавице равне, увучене, велике и дугачке?

– посматрати изглед брадавица

☛ Исте мјере предузети код проблема са брадавицама (равне, увучене, велике и дугачке брадавице):

☐ саслушати забринутост мајке;

☐ дати додатну подршку везано за хватање брадавице и то на начин да мајка приликом стављања новорођенчета на дојке:

– њежно додирне усне новорођенчета како би охрабрила новорођенче да отвори широм уста и да што више уснама обухвати дојку;

– осигура да је доња усна испод брадавице, а брадавица у устима усмјерена према врху уста новорођенчета и да новорођенче брадом додирује дојку;

– код дугачких брадавица, постави новорођенче у полусједећи положај приликом подоја;

- ☐ охрабрити мајку да што више остварује везу са новорођенчетом директним контактом „кожа на кожу“, стављањем новорођенчета на кожу дојки, како би новорођенче самостално пронашло начин да сиса дојку (мајка не треба да форсира новорођенче да отвори уста или да хвата дојку);
- ☐ охрабрити мајку да покуша са различитим положајима за подој (нпр. положај на леђима, држањем новорођенчета у положају испод пазуха или лежећем положају са тијелом савијеним изнад новорођенчета тако да дојке силом теже улазе у уста новорођенчета);
- ☐ обучити мајку да издаја/истиска млијеко најмање 8 пута дневно и да храни новорођенче издојеним/истиснутим млијеком путем чаше;
- ☐ истрајати са покушајима. Већина новорођенчади жели да сиса и само проналази начин како да отвори уста довољно како би ухватило брадавицу. То може потрајати седмицу или двије;

- ☐ код увучених брадавица: могуће је помоћу бризгалице од 20 ml извући брадавицу на сљедећи начин:
  - одсјећи врх бризгалице;
  - поставити њежно бризгалицу на брадавицу и повући клип бризгалице. На овај начин се може извући брадавица;
  - поступак понављати пола минуте прије подоја и понављати прије сваког подоја.

Питати и посматрати: Да ли је присутан soor на брадавицама?

- оштра бол у виду пробадања иглом између подоја, која се шири дубоко у дојку, а која не престаје ни након унапређења начина подоја
- црвени или љускав осип на ареоли са свраб ом и депигментацијом коже

☛

- ☐ провјерити уста новорођенчета – да ли у устима постоје бијеле наслаге и да ли на дну уста постоји тачкасто црвенило;
- ☐ третирати новорођенче у складу са процедуром „Обрада усне дупље дојенчета код SOOR-a“;
- ☐ третирати мајку: наношење нистатина у облику креме на брадавице;
- ☐ избјегавати наношење сапуна и крема на брадавице.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Припрема дојки за подој и кораци за правилну технику подоја

Прилог 2. Карактеристике столице новорођенчета и динамике пражњења цријева у односу на узраст новорођенчета

Прилог 3. Знаци глади новорођенчета

4.2. Обрасци

1. Процјена дојења и савјетовање

Прилог 1. Припрема дојки за подој и кораци за правилну технику подоја

Прије подоја спровести њежну масажу дојки у трајању од 5 минута ради опуштања млијечних канала и у циљу осигурања боље продукције мајчиног млијека.

Уста новорођенчета широм отворена под углом од 140°, незнатно удаљена од брадавице.

Брадавицу нанијети према носу новорођенчета како би брадавица додиривала горњу усну. На овај начин се осигурава хватање дојке одозго према доље.

Доњом вилицом, која је покретна, новорођенче усном хвата највећи дио ареоле дојке, док горњом усном покрива мањи дио ареоле, односно ткиво дојке у потпуности испуњава уста новорођенчета.

Језик новорођенчета се налази испод дојке и излази изван усне дупље довољно далеко да покрије алвеоларни гребен (линија доње десни), при чему језик формира облик кроз који ће тећи мајчино млијеко

Брадавица је смјештена у центру уста или језика.

Чељуст новорођенчета је положена иза брадавице и притишће ареолу ритмично са наизмјеничним координацијом покрета сисање–гутање–дисање (пауза).

Увијек провјерити да нос новорођенчета није притиснут дојком, што може отежати дисање новорођенчета.
Уста новорођенчета поред брадавице покривају ареолу.

Правилно хватање дојке

Прилог 2. Карактеристике столице новорођенчета и динамике пражњења цријева у односу на узраст новорођенчета

<table>
<tr><th>Столица</th><th>Елиминација</th><th>Боја</th><th>Текстура</th><th>Мирис</th><th>Динамика</th></tr>
<tr><td>Прва столица – меконијум</td><td>24–48 часова</td><td>Зелено-црна
Зелено-смеђа (подсјећа на катран)</td><td>Густа, љепљива, слузава</td><td>Без мириса</td><td rowspan="2">У првим мјесецима живота новорођенче може имати двије или више столица</td></tr>
<tr><td></td><td>48–72 часова</td><td rowspan="2">Смеђе-жута
Златно-жута</td><td rowspan="2">Воденкаста, слична дијареји</td><td rowspan="2">Слаткаст, сличан мирису сира</td></tr>
<tr><td></td><td>4–6 недјеље</td><td rowspan="2">Неколико столица дневно или једно пражњење на свака три дана</td></tr>
<tr><td></td><td>До шестог мјесеца</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Од шестог мјесеца (увођење додатне прехране)</td><td></td><td></td><td></td><td>Једна столица дневно</td></tr>
<tr><td colspan="6">Одступање у нормалним карwактеристикама столице у зависности од узраста новорођенчета може указивати на то да новорођенче не конзумира довољно млијека или да се ради о органском поремећају код новорођенчета – Хиршпрунгова болест.</td></tr>
</table>

Прилог 3. Знаци глади новорођенчета

РАНИ ЗНАЦИ ГЛАДИ – „НОВОРОЂЕНЧЕ ЈЕ ГЛАДНО“

Присутни у вријеме лаког сна и у стању разбуђивања.
Најбољи ефект подоја се постиже у овој фази.

Брзи и кратки покрети са увијањем тијела и жмиркањем.

Отварање уста.

Окретање главе – Рефлекс тражења устима.

УМЈЕРЕНИ ЗНАЦИ – „НОВОРОЂЕНЧЕ ЈЕ ЗАИСТА ГЛАДНО“

Подизање једне или обје руке изнад тијела или истезање.

Појачано покретање тијела.

Гурање шаке у уста и стимулисање сисања.

КАСНИ ЗНАЦИ – „НОВОРОЂЕНЧЕ УМИРИТИ И НАХРАНИТИ“

Умирити новорођенче ношењем, љуљањем, причањем и контактом „кожом на кожу“.

Плач.

Узнемирени покрети тијела.

Црвенило.

Слике преузете: Бебо – Рагаде на брадавицама и дојење, https://bebo.club/ragade-i-dojenje

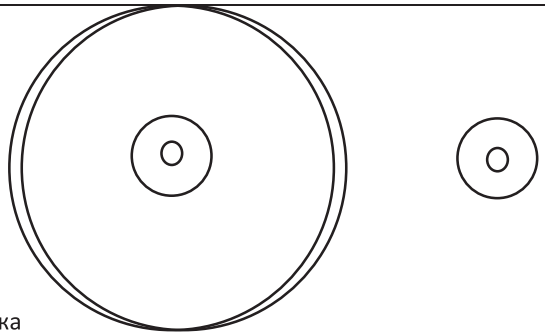
Образац 1. Процјена дојења и савјетовање

ПРОЦЈЕНА ДОЈЕЊА И САВЈЕТОВАЊЕ

ИНФОРМАЦИЈЕ О МЕДИЦИНСКОЈ СЕСТРИ – ТЕХНИЧАРУ/КОНСУЛТАНТУ	
Здравствена установа:	Датум:
Презиме:	Име:
Врста консултација:	

ИНФОРМАЦИЈЕ О МАЈЦИ				
Презиме:		Име:		
ЈМБ:	Телефон:	Адреса становања:		
Датум порода:	Начин порода ☐ Вагинални		☐ Царски рез	
Мјесто порода		Анестезија током порода	Датум порода:	Начин порода Вагинални
Број претходне Дјеце	Број претходне дјеце која су дојена		Просјечно вријеме дојења (у мјесецима)	
Проблеми са ранијем дојењем				

СТАЊЕ БРАДАВИЦА, АРЕОЛА И ДОЈКИ					
БРАДАВИЦЕ И АРЕОЛЕ	**ДОЈКЕ**				
Болне – сор	☐ Да	☐ Не	Болне	☐ Да	☐ Не
Препуњене ареола	☐ Да	☐ Не	Препуњене	☐ Да	☐ Не
Рагаде/крварење	☐ Да	☐ Не	Мекше након подоја	☐ Да	☐ Не
Равне	☐ Да	☐ Не	Блокирани млијечни канали	☐ Да	☐ Не
Увучене	☐ Да	☐ Не	Маститис	☐ Да	☐ Не
Велике	☐ Да	☐ Не	Остало		
Дугачке	☐ Да	☐ Не			



Лијева дојка Десна дојка

ПРОЦЈЕНА ДОЈЕЊА – НОВОРОЂЕНЧЕ

Хватање дојке	☐ Добро	Сисање ефикасно	☐ Добро	Број подоја	☐ < 8
	☐ Лоше		☐ Лоше		☐ > 8
Вода/течност/ храна	☐ Не	Одбија дојење	☐ Не	Сор	☐ Не
	☐ Да		☐ Да		☐ Да

ЗАКЉУЧАК:

ПРЕДЛОЖЕНА МЈЕРА		Опис мјере
☐ Да	☐ Не	

СПРОВЕДЕНА ОБУКА ТОКОМ КОНСУЛТАЦИЈА

☐ Знаци доброг/лошег хватања	☐ Знаци глади	☐ Кожом на кожу контакт	☐ Број пелена
☐ Њега брадавица	☐ Складиштење млијека	☐ Њега препуњености дојки	☐ Издајање/истискање млијека
☐ Лијекови и дојење	☐ Положаји за дојење	☐ Остало	

ДОДАТНА ЗАПАЖАЊА	
Датум:_____	Име и презиме медицинске сестре – техничара _____ Потпис:_____

6 ОБРАДА ПУПКА КОД НОВОРОЂЕНЧЕТА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром обезбјеђује се јединствен и сигуран начин поступка обраде пупка код новорођенчета.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Пупчана врпца (*funiculus umbilicalis*) – расте заједно са плодом, споља је обавијена амнионом, а унутра се налазе 3 велика крвна суда (2 артерије и 1 вена) која су одвојена пихтијастим везивним ткивом (Вартонова пихтија). Током интраутериног раста и развоја, пупчана врпца има виталан значај за плод. Актом рађања, подвезивањем и пресијецањем, њена дотадашња функција престаје, а новорођенче остварује своју аутономност.

Пупчани батрљак – заостали дио подвезаног пупчаника чији крвни судови треба да облитеришу, амнион и везивно ткиво да се сасуше, а батрљак отпадне (слика 1 и 2). Пупчани батрљак нормално отпада у периоду између 5. и 15. дана живота (у зависности од дебљине пупчаника).

Пупчана рана – мјесто са кога је отпао пупчани батрљак, треба да се епителизује и прекрије наборима коже абдомена у периоду 2–3 дана.

Бленореа пупчаника (*Blennorhoea umbilici*) – блага локална инфекција пупчаног батрљка са серозном или мукозном секрецијом изазвана сапрофитним микроорганизмима који иначе насељавају околину пупчаника.

Гранулом пупка (*Granuloma umbilici*) – настаје као посљедица дуже присутне инфекције која спречава епителизацију и фаворизује стварање гранулоцитног ткива. Гранулом представља брадавичасти израштај у самој пупчаној рани, различите величине, са густом гнојном секрецијом.

Омфалитис (*Omphalitis*) – представља инфламацију коже и поткожног ткива око пупка, са могућношћу ширења инфекције на локалну вену, што може довести до септичног стања које захтијева озбиљан терапијски приступ. Манифестује се црвенилом, отоком коже око пупчане ране из које се циједи густ, гнојни секрет.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Медицинска сестра – техничар, након што одвије пупчани батрљак према властитој процјени и/или према налогу доктора медицине / педијатра, обрађује пупак.

Циљ: обезбиједити правилан, сигуран и јединствен начин обраде пупка код новорођенчета.

Мјере предострожности

- провјерити изглед амбалаже и рок трајања потрошног материјала;
- обезбиједити присуство родитеља/старатеља док траје обрада пупка;
- обезбиједити адекватне услове у просторији (оптималну температуру, освјетљење и прозрачност);
- њега пупчаног батрљка спроводи се све до потпуне епителизације, најмање један пут у току дана и/или кад год је потребно;
- основни принцип његе пупчаног батрљка је одржавање чистоће и сувоће, што омогућава најбрже и најсигурније зарастање пупчане ране;
- препоручује се да се прво купање новорођенчета обави у кади тек кад батрљак отпадне и то неколико дана након отпадања, кад се пупчана рана затвори. До тада се врши пребрисавање бебине коже специјалним спужвама за купање;
- промјене боје пупчаног батрљка (од бисерно бијеле, преко жуте, зелене до црне) потпуно су нормалне у различитим фазама сазријевања, а њих узрокује недостатак прокрвљености подвезаног дијела пупчаника;
- уколико батрљак виси на танкој нити, не смије се вући, него пустити да сам отпадне;
- током обраде пупка не препоручује се коришћење средстава за његу (масти влаже зону која мора остати суха, док се прашак на необрађеном пупку додатно сљепљује, таложи те се испод тога лако развијају отпорни микроорганизми који могу довести до инфекције пупчаног батрљка);

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, посушити и дезинфиковати руке, ставити маску и навући нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- распремити новорођенче како би пупчани батрљак био доступан.

Материјал и опрема

- сто за бебе / кревет на којем се беба превија;
- стерилне газе (различитих величина);
- стерилан сет са инструментима (пеан, пинцете, маказе);
- физиолошка отопина (0,9% NaCl);
- прописана терапија за његу пупка по налогу доктора медицине / педијатра (по потреби);
- прописана терапија за лапизирање пупка (лапис / сребро нитрат – AgNO3) по налогу доктора медицине / педијатра (по потреби);

– нестерилне рукавице за једнократну употребу;
– маска;
– бубрежњак.

Поступак

3.1. Обрада пупка – општа њега

– представити се, објаснити поступак родитељима/старатељима и допустити питања;
– одмотати газу, не дирајући штипаљку;
– извршити инспекцију пупчаног батрљка и околне коже;
– стерилни тупфер газе натопити са 0,9% NaCl и лагано очистити подручје око пупка (кружним покретима у смјеру казаљке на сату, од центра ка периферији, најмање 5 cm према ван);
– поступак понављати све док тупфер газе не буде чист, а затим посушити са стерилним тупфером;
– стерилну газу лагано омотати око пупчаног батрљка и одвојити га од подлоге;
– ставити пелену испод нивоа пупка, како би се спријечило квашење и подстакло сушење;
– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– скинути рукавице и маску, опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– савјетовати родитеље/старатеље о правилној њези пупка.

3.2. Обрада пупка кад је примјетан црвени обруб

– ако се након прегледа пупчаног батрљка уочи црвени обруб, обрада пупка се врши по налогу доктора медицине / педијатра;
– након што се подручје око пупка очисти на начин како је претходно описано (обрада пупка – општа њега), на црвени обруб нанијети прописану терапију;
– омотати пупак стерилном газом и одвојити га од подлоге;
– ставити пелену испод нивоа пупка, како би се спријечило квашење и подстакло сушење;
– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– скинути рукавице и маску, опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– савјетовати родитеље/старатеље да штите пупак од квашења.

3.3. Обрада пупка са грануломом

– ако се након отпадања пупчаног батрљка уочи гранулом, обрада (лапизација) пупка се врши по налогу доктора медицине / педијатра у амбуланти;
– након што се подручје око пупка очисти на начин како је претходно описано (обрада пупка – општа њега), нанијети лапис / сребро нитрат на гранулом, пазећи да се не додирује околна кожа;
– након лапизирања прекрити пупак стерилном газом;

– ставити пелену испод нивоа пупка, како би се спријечило квашење и подстакло сушење;
– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– скинути рукавице и маску, опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– савјетовати родитеље/старатеље да штите пупак од квашења.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

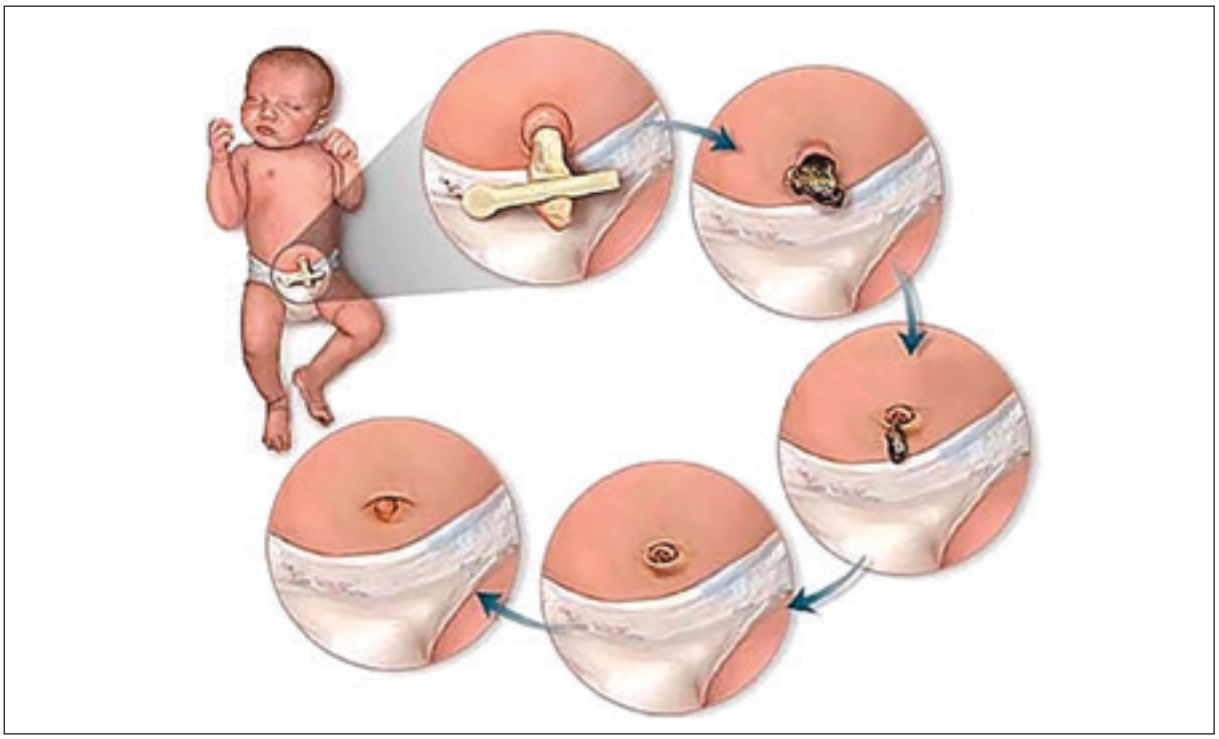
4.1. Прилози

Прилог 1. Фазе у сазријевању и отпадању пупчаног батрљка

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Фазе у сазријевању и отпадању пупчаног батрљка



Фазе сазријевања и отпадања пупчаног батрљка

Пупчани батрљак након пресијецања пупчане врпце

Пупчани батрљак у фази сазријевања – 3. дан

7 ОБРАДА УСНЕ ДУПЉЕ ДОЈЕНЧЕТА КОД SOOR-A

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром обезбјеђује се јединствен и сигуран начин поступка обраде усне дупље дојенчета код стоматитиса.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Мљечац (*Soor*) – представља промјене у усној дупљи захваћене гљивицом (*Candida albicans*). Манифестује се појавом бјеличастих наслага на гингивама, језику и букалној слузници које су чврсто везане за подлогу (слика 1).

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилан, сигуран и јединствен начин обраде усне дупље дојенчета код стоматитиса.

Мјере предострожности

- обезбиједити присуство родитеља/старатеља док траје обрада усне дупље;
- након примјене лијека савјетовати мајку да не доји најмање пола сата како би лијек дјеловао;
- савјетовати наношење прописаног лијека на језик и усну дупљу након сваког дојења;
- савјетовати мајку о адекватној њези и правилној хигијени дојки да би се спријечио пренос инфекције на дојку;
- уколико се код мајке појаве симптоми инфекције на брадавици (пробадајући, горући бол, „као оштре иглице“, који зрачи од брадавице према унутрашњости дојке, ареола сјајна, брадавица са могућим љуспицама), третирати брадавицу прописаном терапијом;
- наносити лијек на брадавицу након подоја, прије тога уклонити остатке млијека и пљувачке са брадавице;
- ако се не лијечи *(soor)*, може узроковати потешкоће при дојењу и гутању те изазвати болну надраженост слузнице усне дупље.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме

Медицинска сестра – техничар

– опрати, посушити и дезинфиковати руке, ставити маску и навући нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

– новорођенче/дојенче ставити у лежећи положај.

Материјал и опрема

– сто за бебе / кревет на којем се беба превија;
– стерилне газе / добош са стерилном газом;
– стерилан пеан;
– прописана терапија по налогу доктора медицине / педијатра;
– бубрежњак;
– маска;
– нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Поступак:

– стерилну газу омотати око кажипрста доминантне руке;
– на газу нанијети прописани лијек;
– палцем и кажипрстом недоминантне руке лагано притиснути образе дојенчета, како би се отворила уста;
– кажипрстом доминантне руке, на којем је омотана газа са прописаним лијеком, њежно очистити бијеле наслаге кружним покретом у смјеру казаљке на сату;
– поступак поновити 2–3 пута мијењајући газу (1 кружни покрет – 1 стерилна газа);
– главу дојенчета позиционирати на страну те у уста накапати прописану дозу лијека;
– распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
– скинути рукавице и маску, опрати и посушити руке;
– евидентирати спроведени поступак;
– родитеље/старатеље савјетовати о правилној њези усне дупље и начину примјене лијека.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

Слика 1.
Мљечац *(soor)* узрокован гљивицом

8 ПОДИЗАЊЕ И ПРОМЈЕНА ПОЛОЖАЈА ПАЦИЈЕНТА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се начин подизања и промјене положаја пацијента.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Ову процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ПОСТУПАК

Циљ: обезбиједити сигуран начин подизања и промјене положаја пацијента.

Мјере предострожности

- подизање и промјену положаја пацијента медицинска сестра – техничар треба да изводи с још једном особом (чланом породице или његоватељем), користећи прописане хватове;
- осигурати правилан положај стопала медицинске сестре – техничара, на начин да су стопала чврсто положена на под, одвојена у смјеру покрета пацијента, полусавијених кољена и исправљене кичме.

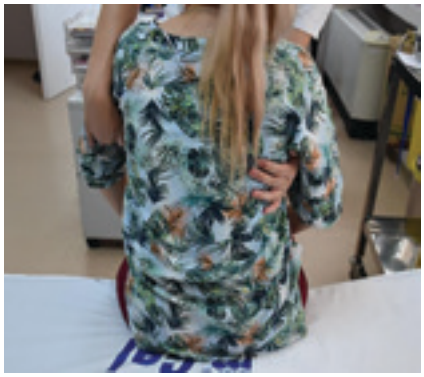
3.1. Процјена

Прије извођења поступка подизања и промјене положаја пацијента потребно је урадити процјену:

- психофизичког стања пацијента (степен покретљивости, мишићну снагу, подношење напора, могућности комуникације и сарадње);
- присутност повреда, оштећења, и прописаних ограничења пацијента;
- присутност и врсту бола;
- окружења.

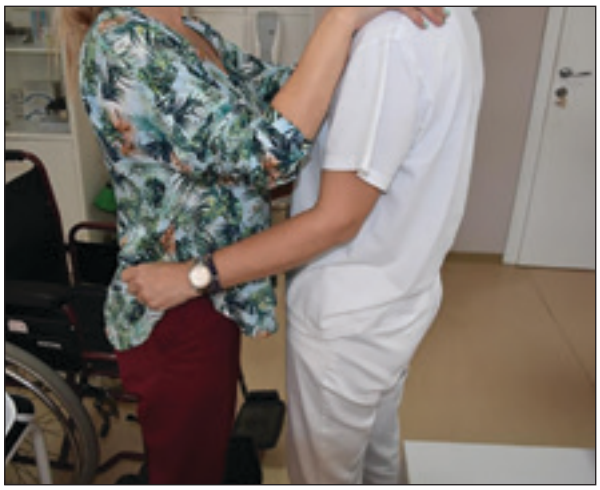
3.2. Хватови који се користе приликом подизања и премјештања

Табела 1. Хватови који се користе приликом подизања и промјене положаја пацијента

Хват шаком (рука – руци) Примјењује се код: – промјене положаја из лежећег у сједећи; – из сједећег у стојећи; – помоћ при уласку у санитетско возило и сл. Како се изводи: – стати испред пацијента; – десном руком ухватити лијеву руку пацијента; – лијевом руком ухватити десну руку пацијента; – помоћи пацијенту да устане.	
Хват испод пазуха за руке Примјењује се код: – премјештања из стојећег у сједећи положај. Како се изводи: – стати иза пацијента, руке провући испод пазуха пацијента и чврсто ухватити пацијентове подлактице; – држати леђа равно, благо савијати кољена и лагано спуштати пацијента у сједећи положај.	
Хват за појас Примјењује се код: - подизања из сједећег у стојећи положај и обратно. Како се изводи: – стати испред пацијента и оставити једно стопало испред стопала пацијента како би се спријечило „проклизавање“. – савити ноге у кољенима и рукама, ухватити пацијента за појас; – држати леђа равно, изравнавајући (истежући) савијене ноге и подићи пацијента у стојећи положај.	
Пазушни хват Примјењује се код: – подизања из сједећег у стојећи положај. Како се изводи: – стати са стране и поставити једно стопало испред стопала пацијента како би се спријечило „проклизавање“; – савити ногу у кољену и поставити своје руке испод пазуха пацијента; – држати леђа равно изравнавајући (истежући) савијене ноге и подићи пацијента у стојећи положај.	

3.2.1. Премјештање пацијента с кревета у сједећа колица

- објаснити пацијенту / члану породице поступак те провјерити да ли су га разумјели;
- поставити колица паралелно с креветом тако да је наслон колица окренут према узглављу кревета;
- скинути страницу колица која је до кревета, закочити колица и подигнути држаче за ноге на колицима;
- спустити ноге пацијента преко руба лежаја (слика 1);
- пацијент самостално, или уз помоћ, треба да заузме сједећи положај (слика 2);
- стати испред пацијента у лагани раскорак благо савијених кољена и примијенити један од препоручених хватова;
- пацијент може да обухвати сестру – техничара за рамена или око врата (слика 3);
- усправити пацијента и полукружним покретом смјестити пацијента у колица (слика 4);
- вратити страницу колица, спустити држаче за ноге и намјестити ноге на држаче;
- наслонити леђа пацијента на наслон, закопчати сигурносни појас;
- руке пацијента положити у крило.



Слике 1–4.

3.3 Помоћ пацијенту који хода

- објаснити пацијенту поступак те провјерити да ли га је пацијент разумио;
- стати тијесно уз пацијента;
- руком која је ближе тијелу придржавати пацијента око струка;
- другом руком придржавати испружену руку пацијента користећи хват шаком (слика 5).

3.4. Помоћ пацијенту при паду

- уколико се догоди да пацијент падне, сигурније је њежно и полако спустити пацијента на под него спречавати пад;
- подметнути своје тијело и пустити да тијело клизи, не покушавати задржати тијело (контролисани пад);
- пацијента потом намјестити у могући физиолошки положај и позвати помоћ.

3.5. Подизање пацијента с пода

- у ситуацији када је пацијент на поду, позвати помоћ;
- ни под којим околностима не покушавати самостално подићи пацијента с пода;
- уколико је пацијент у могућности да сарађује и користи властиту снагу, тада помоћи при устајању;
- евидентирати спроведену активност

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

Слика 5. Помоћ пацијенту при ходу

9 ЗДРАВСТВЕНА ЊЕГА ПАЦИЈЕНАТА СА ПЕРКУТАНОМ ЕНДОСКОПСКОМ ГАСТРОСТОМОМ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се рад медицинских сестара – техничара приликом спровођења здравствене његе и храњења пацијента са перкутаном ендоскопском гастростомом (ПЕГ).

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2 ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Перкутана ендоскопска гастростома (ПЕГ) – сонда смјештена у лумен желуца кроз трбушну стијенку која се поставља ендоскопским путем под контролом гастроскопа, а служи у сврху ентералне исхране која траје дуже од 4 недјеље. У зависности од здравственог стања пацијента, ПЕГ може бити привремена и трајна.

Ентерална исхрана – вјештачко уношење хране или готових нутритивних приправака (праха или течности) у гастроинтестинални тракт путем сонде. Спроводи се код пацијената који имају поремећај гутања (дисфагију).

2.2 Скраћенице

ПЕГ – Перкутана ендоскопска гастростома.

ИТМ – Индекс тјелесне масе.

3 ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: стандардизовати поступке здравствене његе и храњења пацијента путем ПЕГ-а у кућним условима и демонстрацију поступка пацијенту / његоватељу / члану породице у сврху самосталне његе и храњења.

Мјере предострожности

- Пацијента / његоватеља / члана породице потребно је информисати о врсти, количини и квалитету хране и уносу течности;
- сугерисати вођење евиденције о времену и количинама унесене хране и течности;
- уколико се сонда зачепи, потребно је бризгалицом од 2 или 5 ml убризгати око 50 ml топле обичне или газиране воде, како не би дошло до пуцања сонде;
- како би се спријечио настанак инфекције и наслага у оралној шупљини, неопходно је савјетовати пацијента о спровођењу свакодневне тоалете усне дупље

(четкањем десни, зуба, језика, коришћењем средстава за испирање уста и влажењем водом);

- потребно је пацијента / његоватеља / члана породице упутити о значају свакодневне лагане ротације ПЕГ-а у циљу спречавања урастања ткива око сонде и омогућавања кружење ваздуха;
- уколико пацијент има проблема са дисањем током храњења или се јави цурење хране око сонде, одмах прекинути храњење.

Припрема материјала и опреме

- дезинфекционо средство за руке;
- стерилне рукавице;
- рукавице за једнократну употребу;
- маска;
- компреса за заштиту пацијента;
- стерилни тупфери;
- 0,9% NaCl;
- средство за дезинфекцију коже и слузокоже;
- посуда за употребљени материјал;
- заштитна крема за кожу око стоме;
- прозирни фластери;
- прибор за храњење у зависности од методе (бризгалица за храњење од 60 ml или гравитациони систем за храњење);
- бризгалица од 20 ml за испирање сонде;
- бризгалице од 2 и 5 ml за испирање стоме;
- обична вода;
- припремљен оброк или готов нутритивни приправак за храњење (37°C) за давање путем ПЕГ-а.

3.1. Њега ПЕГ-а

- прије извођења процедуре опрати и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице, по потреби ставити маску;
- очистити кожу око мјеста гдје је постављена сонда са 0,9% физиолошком отопином и добро посушити;
- пажљиво одвојити диск стоме од коже приликом испирања и посушивања;
- намазати предио око стоме намјенском заштитном кремом и заштитити прозирним фластером, који је потребно промијенити свака 2–3 дана;
- заротирати вањски сигурносни диск за 90° (да се избјегне притисак на истом мјесту на кожи) и спустити га назад преко излазног мјеста.

3.2. Поступак храњења путем ПЕГ-а

Постоји неколико метода којима се храњење може обављати путем ПЕГ-а: болус метода, метода гравитације и метода путем ентералне пумпе, било континуирано или интермитентно. Метода путем ентералне пумпе се користи више у јединицама интензивног лијечења, стога неће бити описана у поступку храњења путем ПЕГ-а. Током спровођења

поступка храњења, медицинска сестра – техничар истовремено едукује пацијента / његоватеља / члана породице у циљу оспособљавања за самостално храњење. Пожељно је допустити пацијенту / његоватељу / члану породице да поставља питања и да поступак храњења изводи уз присутност медицинске сестре – техничара, како би евалуирали стечено знање и вјештине. Упознати пацијента / његоватеља / члана породице о могућим компликацијама, када је потребно обавијестити доктора медицине.

3.2.1. Поступак прије храњења путем ПЕГ-а

- објаснити поступак пацијенту / његоватељу / члану породице;
- поставити пацијента у повишен, сједећи или полусједећи положај (пожељан угао од 30° до 45°) како би се спријечио езофагеални рефлукс и аспирација хране у плућа;
- опрати руке, навући једнократне рукавице;
- заштитити лично и/или постељно рубље пацијента;
- провјерити положај сонде, те да ли је добро фиксирана (пратити ознаке на сонди);
- провјерити проходност сонде тако што се бризгалица споји са сондом, те се лагано аспирира, при чему треба да се појави зеленкасто-жућкасти садржај из желуца.

3.2.2. Поступак храњења болус методом

- спровести поступак прије храњења на начин како је претходно описано;
- претходно припремљену храну навући у бризгалицу од 60 ml, те исту спојити на ПЕГ сонду;
- отворити клему на сонди;
- давати храну полако, најмање 15 минута (брзина храњења требало би да буде као и када би пацијент могао сам узимати храну на уста);
- пратити акт гутања и посматрати пацијента;
- уколико се користи једна бризгалица, потребно је сонду затворити поклопцем (који је на њему) на крају сонде сваки пут кад се бризгалица одваја од сонде и пуни храном;
- након храњења ПЕГ испрати са 60-милилитарском бризгалицом, испуњеном са 30–50 ml обичне или газиране воде, како би се одржавала проходност сонде;
- након испирања сонду затворити поклопцем који се налази на њеном крају;
- послије завршетка храњења потребно је да пацијент остане у истом положају наредних 30–60 минута (овај положај онемогућава улазак хране у душник);
- распремити опрему и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути рукавице, опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак / документовати врсту и количину хране и течности (образац 1).

3.2.3. Поступак храњења методом гравитације „кап по кап“

- спровести поступак прије храњења на начин како је претходно описано;
- спојити гравитациони систем са врећицом (према упутству произвођача);
- врећицу са храном објесити на сталак (60 cm изнад главе пацијента);
- испустити зрак из система;

- спојити гравитациони систем са ПЕГ сондом;
- отворити клему на сонди и регулисати проток како је прописано по налогу доктора медицине;
- пратити акт гутања и посматрати пацијента;
- водити рачуна да не истекне цјелокупан садржај из вреће, како зрак из система не би оптеретио желудац и тако изазвао тегобе код пацијента;
- одвојити гравитациони систем врећицом од ПЕГ-а;
- ПЕГ испрати са 60-милилитарском бризгалицом, испуњеном са 30–50 ml обичне или газиране воде, како би се одржавала проходност сонде;
- након испирања сонду затворити поклопцем који се налази на њеном крају;
- послије завршетка храњења потребно је да пацијент остане у истом положају наредних 30–60 минута (овај положај онемогућава улазак хране у душник);
- распремити опрему и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути рукавице, опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак / документовати врсту и количину хране и течности (образац 1).

4 ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1 Прилози

Нема.

4.2 Обрасци

1. Образац за праћење уноса хране и течности путем ПЕГ-а

1. Образац за праћење уноса хране и течности путем ПЕГ-а

ОБРАЗАЦ ЗА ПРАЋЕЊЕ УНОСА ХРАНЕ И ТЕЧНОСТИ ПУТЕМ ПЕРКУТАНЕ ЕНДОСКОПСКЕ ГАСТРОСТОМЕ	
Име и презиме:_____ Тежина: _____ Висина:_____ ИТМ:_____	Датум почетног уметања ПЕГ-а:_____ Датум замјене ПЕГ-а: _____

Датум/Дан	Вријеме храњења	Количина нутритивног приправка у ml	Количина течности у ml	Додатне информације

10 ПРУЖАЊЕ ПАЛИЈАТИВНЕ ЊЕГЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се пружање палијативне његе пацијенту, као и савјетовање чланова породице у циљу постизања што квалитетнијег остатка живота и достојанствене смрти пацијента.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Палијативна њега – свеобухватни скуп мјера с циљем пружања потребне његе пацијентима са неизљечивом болешћу која знатно скраћује животни вијек. Циљ палијативне његе је смањити бол и неугодне симптоме болести како би пацијент који је у посљедњем стадијуму неизљечиве болести која значајно скраћује животни вијек што квалитетније живио.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилно и сигурно пружање палијативне његе.

Посјету пацијентима у терминалној фази болести обавља медицинска сестра – техничар по налогу доктора медицине. Прије доласка у кућу обољелог, потребно је информисати се о пацијенту (увидом у медицинску документацију), договорити вријеме посјете и припремити све што је потребно за кућну посјету односно сестринску торбу.

Брига о крају живота треба да подразумијева сљедећих шест корака:

1. разговор како се ближи крај живота;
2. процјена и планирање његе;
3. координација његе за појединачне пацијенте;
4. пружање висококвалитетних услуга у различитом окружењу;
5. њега у посљедњим данима живота;
6. њега након смрти.

3.1. Разговор са пацијентом

– разговор започети представљањем, показати идентификациону картицу, идентификовати пацијента и објаснити разлог посјете;

– приликом узимања анамнестичких података, пацијенту треба да се омогући да каже своја осјећања, која могу имати распон од бијеса до беспомоћности и страха;
– пацијенту одговорити на сва постављена питања што је могуће искреније;
– утврдити комуникацијске потребе и очекивања људи који можда улазе у своје посљедње дане живота, узимајући у обзир:
  – ако желе да им важна особа буде присутна приликом доношења одлука о њези;
  – њихов тренутни ниво разумијевања да се смрт ближи;
  – њихов когнитивни статус и имају ли неке специфичне говорне или језичке потребе;
  – колико информација би жељели имати о својој прогнози;
  – било које културне, вјерске, социјалне или духовне потребе или склоности.

3.2. Процјена и планирање његе

3.2.1. Процјена потребе за здравственом његом обухвата:

– процјену виталних функција пацијента;
– процјену стања свијести пацијента;
– покретљивост (ходање, стајање, сједење, лежање, окретање у постељи);
– процјену исхране;
– процјену хигијенских услова;
– процјену елиминације (столица, урин);
– процјену бола (скала од 1–10);
– процјену ризика од пада;
– процјену ризика од настанка декубитуса;
– процјену подршке од породице.

3.2.2. План његе

Израда плана његе зависи од процјене и приоритета. План његе подразумијева:

– пружање његе;
– примјену прописане терапије;
– поступак превенције (декубитус, опстипације и сл.);
– савјетовање породице или његоватеља о начину пружања његе;
– емпатијски однос са терминално обољелим и његовом породицом;
– давање информација о приступу и правима на здравствене и социјалне услуге;
– координацију између различитих служби и особа (пријатељи, чланови породице, социјални радници, вјерске заједнице и сл.);
– прилагођавање окружења пацијентовом стању;
– припрему породице за жалост;
– вођење сестринске документације.

3.3. Координација његе за појединачне пацијенте

Заједничко доношење одлука може помоћи да се осигура да пацијенти добију праву његу у посљедњим данима свог живота. Медицинске сестре – техничари могу помоћи у постизању тога ако имају праве комуникацијске вјештине и имају добар однос са особом која умире и са онима који су јој важни. План би требало да укључује:

- тренутне циљеве и жеље особе;
- жеље пацијента о спровођењу његе;
- тренутне и предвиђене потребе за његом.

3.4. Њега у посљедњим данима живота

Подразумијева испуњавање плана његе односно испуњење основних животних и емоционалних потреба пацијента.

Испуњење основних животних потреба обухвата:

- често провјеравање виталних функција, као и појаву бљедила, знојења и смањења свијести;
- мијењање пацијентовог положаја свака два сата;
- одржавање чистог и затегнутог постељног и личног рубља;
- надзирање због инконтиненције или анурије;
- аспирацију уста и горњих респираторних путева;
- одржавање хидратације пацијента;
- управљање болом.

За испуњење емоционалних потреба потребно је:

- потпуно објаснити сву пружену његу и третмане пацијенту, чак иако је без свијести, јер он и у таквом стању може да нас чује;
- омогућити пацијенту да искаже своја осјећања, што може имати за посљедицу распон од бијеса до усамљености, одвојити вријеме за разговор с њим;
- обавијестити чланове породице ако нису ту када пацијент жели да их види.

3.6. Њега након смрти

Почиње након потврде смрти од стране доктора медицине / мртвозорника и описана је у процедури „Поступак са умрлим“.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Садржај сестринске торбе

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Садржај сестринске торбе

- торба за кућне посјете са ампуларијем;
- глукометар са тракицама;
- отоскоп са наставцима;
- шприца за испирање ушију (стаклена);
- апарат за мјерење крвног притиска са стетоскопом;

- кутија за инструменте – метална касета;
- пеан;
- маказе;
- хируршка хватаљка – пинцета;
- анатомска хватаљка – пинцета;
- бубрежњак;
- пулски оксиметар;
- звучна виљушка 128 Hz;
- неуролошки чекић;
- дозер за таблете – седмодневни;
- Peak flow meter – механички са наставцима;
- Монофиламент;
- центиметар – обични и једнократни (за ране);
- маказе обичне;
- топломјер;
- Есмархове повеске;
- мала боца за кисеоник до 1 kg са маском;
- *airway*;
- сталак за инфузију – склопиви за кућне посјете;
- дезинфицијенс и антисептици;
- медицинска средства по потреби (шприце, игле системи за инфузију, компресе, тупфери, завоји, сет за катетеризацију мокраћне бешике, сет за аспирацију, и др.);
- лијекови за терапију анафилактичког шока;
- ампулирани лијекови и инфузионе отопине по потреби;
- рукавице – нестерилне и стерилне;
- једнократни хируршки мантили;
- амбалажа за медицински отпад (контејнер за оштрице и кеса за инфективни отпад);
- обрасци по потреби.

11 ПОСТУПАЊЕ С УМРЛИМ У КУЋИ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се правилан и сигуран поступак у случају смртног исхода пацијента непосредно прије или за вријеме кућне посјете.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Смрт – стање организма након престанка рада виталних органа, срца и мозга.

2.2. Скраћенице

СХП – служба хитне медицинске помоћи.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилан, сигуран и јединствен поступак са преминулим за вријеме кућне посјете.

Мјере предострожности

- уколико постоји сумња да је наступила насилна смрт, потребно је осигурати да се не изгубе трагови могућег кривичног дјела до доласка СХП и мртвозорника;
- посебан поступак се проводи уколико је пацијент преминуо од заразне болести.

Припрема медицинске сестре – техничара, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке, ставити маску и навући нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Материјал и опрема

- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- маска;
- физиолошки раствор;
- завојни материјал;
- газа;
- леукопласт;
- целулозна и обична вата;
- пеан, маказе (по потреби);
- бризгалица;
- одговарајућа амбалажа за одлагање медицинског отпада.

3.1. Поступци медицинске сестре – техничара након утврђивања смрти пацијента од стране надлежног доктора медицине / мртвозорника

- након што мртвозорник утврди смрт, медицинска сестра – техничар приступа збрињавању умрлог;
- медицинска сестра – техничар треба да покаже емпатију и изрази саучешће члановима породице умрле особе;
- положити умрлог на леђа;

- накит с тијела умрле особе скида породица умрле особе уз присуство медицинске сестре – техничара, или медицинска сестра – техничар у присуству једног свједока;
- накит и друге вриједне ствари медицинска сестра – техничар евидентира у два примјерка и улаже у медицинску документацију;
- евиденцију потписују медицинска сестра – техничар и члан уже породице / старатељ / његоватељ / свједок и предају породици;
- зауставити инфузијске отопине уколико их пацијент прима, уклонити дренове, катетере, назогастричну сонду, систем за инфузију, и. в. канилу, и сл. и одложити у амбалажу за медицински отпад;
- затворити очи; уколико се очи не могу затворити до краја, смотуљке вате намочене физиолошким раствором ставити на очи пар минута;
- уколико постоје, прекрити све врсте рана (оперативна рана, мјесто канила, свјеже стоме, и др.), уз помоћ газе и леукопласта;
- испод стражњег дијела врата поставити уролани пешкир (уколико се уста спонтано не затварају, пешкир поставити и испод браде);
- покрити тијело плахтом;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути рукавице и маску, одложити их на прописан начин те опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведену активност.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

X. ДИО

ЗБРИЊАВАЊЕ ХИТНИХ СТАЊА

1 СПРОВОЂЕЊЕ БАЗИЧНЕ КАРДИОПУЛМОНАЛНЕ РЕАНИМАЦИЈЕ

2 ПОСТУПАК КОД АНАФИЛАКТИЧНЕ РЕАКЦИЈЕ

1 СПРОВОЂЕЊЕ БАЗИЧНЕ КАРДИОПУЛМОНАЛНЕ РЕАНИМАЦИЈЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак спровођења основних мјера оживљавања (BLS – Basic Life Suport) одраслих пацијената.

Примјењује се на свим мјестима у којима постоји потреба за реанимацијом пацијената.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Ова процедура не односи се на основне мјере оживљавања дјеце и новорођенчади.

2 ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Агонално дисање – спори, напорни дисајни покрети (свега 2–3 удисаја у минути).

2.2. Скраћенице

КПР – кардиопулмонална реанимација;

BLS (*Basic Life Support*) – основне мјере оживљавања.

3 ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити сигурно и правилно спровођење свих основних мјера оживљавања.

Мјере предострожности

- пацијентима са повредом вратног дијела кичме дисајне путеве отворити лаганим притиском на вилицу;
- осигурати сталну доступност опреме и лијекова за спровођење кардиопулмоналне реанимације;
- вршити сталну провјеру рокова и садржаја сета за спровођење кардиопулмоналне реанимације;
- након спроведене интервенције обавезно допунити сет за кардиопулмоналну реанимацију.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- проценити стање свијести пацијента и у складу са процјеном предузети одговарајуће мјере у поступку оживљавања.

Пацијент

- поставити пацијента у адекватан положај;

– позвати помоћ.

Материјал и опрема

– сет за КПР;
– списак важних телефонских бројева за позивање у случају потребе спровођења поступка или наставка процеса реанимације.

3.1. Поступак

– провјерити стање свијести пацијента. Ако пацијент непомично лежи, прихватити га лагано за рамена и протрести га лагано неколико пута заједно са упућивањем неколико питања (Да ли сте добро? Како се зовете? и сл.), и провјерити реаговања на болне подражаје (притисак на коријен нокта и лагано чупкање косе).

Ако пацијент реагује:

– извршити процјену пацијента;
– позвати помоћ;
– проценити пацијента у складу са ABCD поступком (прилог 1);
– дати пацијенту кисеоник и пратити сатурацију ткива кисеоником уз помоћ пулсног оксиметра;
– отворити венски пут;
– успоставити мониторинг (минимално: пулсну оксиметрију, ЕКГ и крвни притисак) и евидентирати виталне знакове пацијента;
– уколико је пацијент без свијести, а спонтано дише, поставити га у бочни кома положај и обавијестити доктора медицине.

Ако пацијент не реагује, односно када је без свијести:

– позвати доктора медицине / службу хитне медицинске помоћи;
– положити пацијента на леђа на чврсту равну подлогу;
– спровести реанимацију по ABCD редослиједу:

1. отворити дисајни пут, лаганим забацивањем главе према назад, подизањем доње вилице прстима једне руке (прихватањем браде између палца и кажипрста), а другом руком лагано притиснути чело. На овај начин се језик одмиче од задњег зида ждријела и осигурава проходност дисајних путева. Из уста одстранити зубну протезу и ако постоји повраћени садржај или неко друго страно тијело (прстом обмотаним газом или завојем);
2. извршити брзу провјеру дисања по принципу „гледај, слушај, осјети“ у времену не дужем од 10 секунди и то на сљедећи начин:
   a) савити се ухом према пацијентовом носу, поглед усмјерити према грудном кошу и посматрати покрете грудног коша;
   b) слушати звук дисања;
   c) осјетити струјање ваздуха на образу;
   d) ако пацијент нормално дише, смјестити га у бочни положај, пратити дисање и сачекати долазак доктора медицине / службе хитне медицинске помоћи;
   e) ако пацијент агонално дише, дисање које се јавља непосредно након срчаног застоја сигуран је знак срчаног застоја;

f) извршити процјену пулса на каротидној артерији у трајању од најмање 10 секунди. Зависно од вјештина и искуства, ова процјена може се вршити паралелно са процјеном дисања или након провјере дисања.

Ако пацијент има пулс и друге знакове живота:

- извршити хитну медицинску процјену пацијента до доласка доктора медицине / службе хитне медицинске помоћи и наставити слиједити кораке како је описано у поступку „Ако пацијент реагује";
- пацијент са високим ризиком за погоршањем и могућности појаве срчаног застоја – наставити са континуираним праћењем до доласка доктора медицине / службе хитне медицинске помоћи.

Ако пацијент нема пулса или других знакова живота**:**

- реанимацију започиње једна медицинска сестра – техничар, док друга медицинска сестра – техничар позива доктора медицине / службу хитне медицинске помоћи и осигурава опрему за реанимацију и дефибрилатор. Ако је присутна само једна медицинска сестра – техничар, прво позива доктора медицине / службу хитне медицинске помоћи, потом започиње реанимацију са вањском масажом срца (компресија грудног коша) и вјештачким дисањем у односу 30 : 2, до доласка доктора медицине / службе хитне медицинске помоћи;
- компресија грудног коша изводи се снажним, једнаким и ритмичним притисцима на грудни кош, што имитира нормално истискивање крви из срца (систола), осигуравајући мождану циркулацију. Након компресије слиједи попуштање протока на грудни кош и враћање грудне кости у првобитан положај, што дијелом имитира фазу релаксације (дијастола) и пуњење срца крвљу;
- правилан положај руку за спровођење реанимације одређује се палпирањем врха грудне кости четвртим прстом руке, а затим постављањем два до три попречна прста изнад врха грудне кости – положи се длан једне руке, а преко горњег дијела руке положи се длан друге руке (прсти могу бити испреплетени или испружени)
- притисак је краткотрајан, брз, јачина прилагођена доби и конституцији унесрећеног, грудна кост се потискује за 5 cm дубине (не више од 6 cm);
- приликом читавог циклуса компресија, лактови медицинске сестре – техничара су испружени, рамена изнад мјеста притиска, а дланови стално у контакту са грудним кошем (не одвајају се);
- масажа се изводи брзином од око 100 компресија у минути (не више од 120, а након сваких 30 компресија слиједе два удувавања ваздуха (30 : 2). Једна медицинска сестра – техничар врши компресије, а друга удувава ваздух;
- осигурати да се грудни кош врати у првобитну позицију између компресија грудног коша;
- замјена између медицинских сестара – техничара које врше компресију врши се сваке 2 минуте или прије у случају да се не може осигурати квалитет компресија. Ову измјену треба извршити са минималним утицајем на реанимацију.

Напомена: уколико постоји сумња да пацијент болује од заразне болести, врши се само компресија грудног коша.

3.2. Најчешће грешке у поступку реанимације

- извођење компресије грудног коша без претходне провјере дисања и крвотока;
- глава није довољно забачена или брада није довољно подигнута;
- погрешно одабрано мјесто компресије;
- притисак код компресије је преслаб или прејак;
- савијање руку у лактовима;
- прсти шаке се ослањају на грудни кош током ваљске масаже срца;
- одвајање дланова од зида грудног коша у фази попуштања притиска;
- фаза попуштања притиска је непотпуна/кратка па се грудни кош не враћа у првобитни положај.

Напомена: На нивоу установе дефинисати листу лијекова који чине сет лијекова за кардиопулмоналну реанимацију.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Реанимација по ABCD редослиједу

Прилог 2. Алгоритам за основне мјере одржавања живота (BLS);

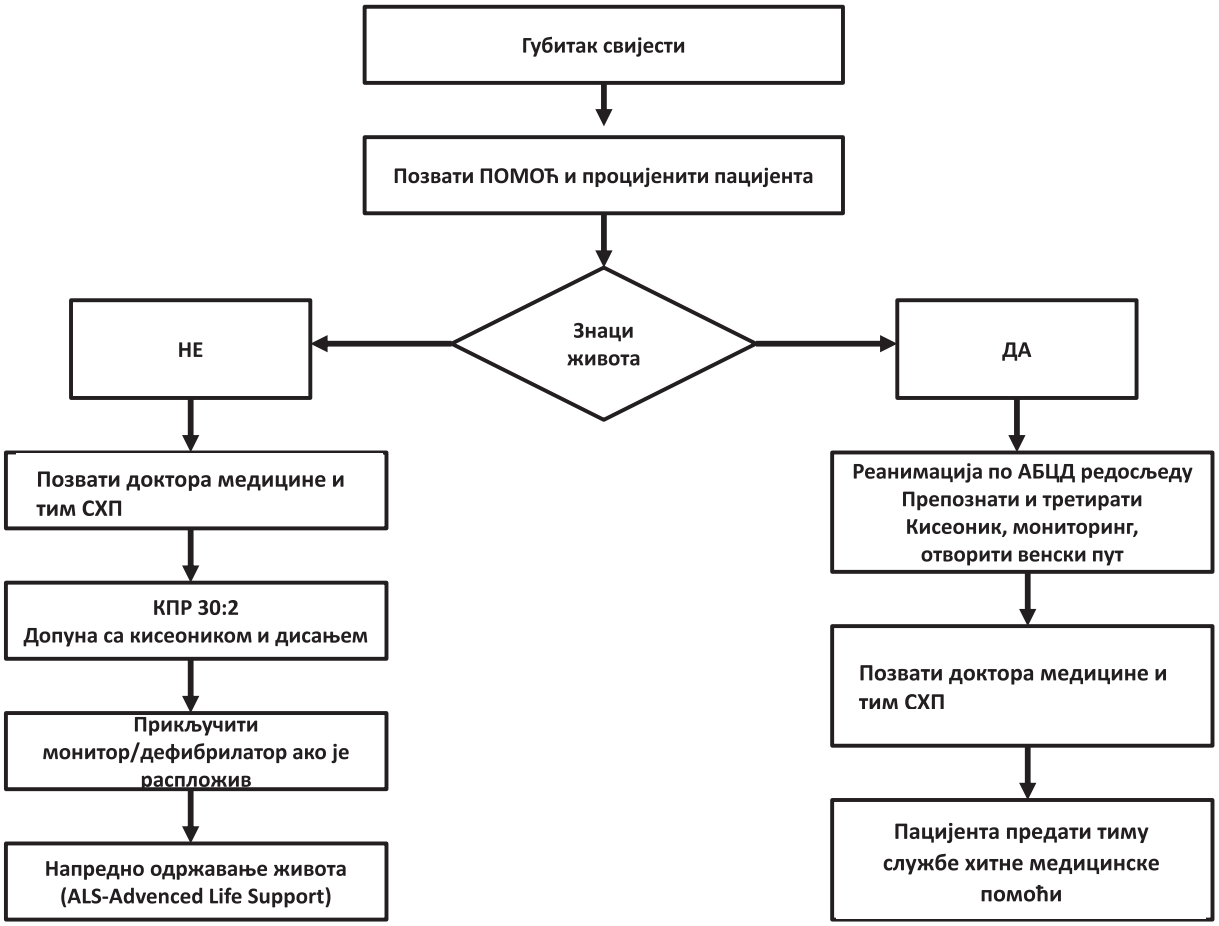
4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Реанимација по ABCD редослиједу

Редослијед	Поступци реанимације	
	Примарни	**Секундарни**
A	Проценити дисање (отворити дисајни пут, „посматрај – слушај – осјети“)	Покушати извршити ендотрахеалну вентилацију
B	Примијенити два полагана удаха	Провјерити положај ендотрахеалног тубуса и учврстити га, провјерити вентилацију и оксигенацију
C	Започети са масажом срца	Успоставити венски пут, дати адренергични лијек, размотрити примјену антиаритмитика
D	Прикључити монитор/дефибрилатор ако је доступан	Тражити реверзибилне узроке, те их лијечити

Прилог 2. Алгоритам за основне мјере одржавања живота (BLS);



2 ПОСТУПАК КОД АНАФИЛАКТИЧНЕ РЕАКЦИЈЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак код анафилактичне реакције.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Анафилактичка реакција – реакција која угрожава живот и настаје као посљедица дјеловања алергена. Најчешћи узроци анафилактичке реакције су: лијекови, трансфузија крви, контрастна средства, убод инсеката (пчеле или осе) и храна.

Фовлеров положај – може бити сједећи или полусједећи и прилагођен је пацијентима који имају отежано дисање у лежећем положају.

Тренделебургов положај – лежећи положај у којем су глава и рамена у нижем положају у односу на карлицу и екстремитете.

Бочни кома положај – положај на боку потпомогнут једном руком и ногом, главом забаченом уназад, чиме се осигурава проходност дисајног пута.

2.2. Скраћенице

Нема.

3 ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити сигурно и правовремено збрињавање пацијента с анафилактичком реакцијом.

Мјере предострожности

- осигурати у организационој јединици и приликом кућне посјете сталну доступност опреме и лијекова за збрињавање анафилактичке реакције;
- вршити сталну провјеру рокова трајања лијекова и медицинских средстава и садржаја сета за збрињавање анафилактичке реакције;
- након спроведене интервенције обавезно допунити сет за збрињавање анафилактичке реакције.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- навући нестерилне рукавице.

Пацијент

- прекинути излагање пацијента алергену;
- поставити пацијента у адекватан положај;
- позвати помоћ.

Материјал и опрема

- сет и опрема за збрињавање анафилактичке реакције (лијекови) (прилог 2);
- списак важних телефонских бројева за позивање у случају потребе даљег збрињавања пацијента.

3.1. Поступак

- препознати анафилактичку реакцију. Анафилактичка реакција има нагли почетак и брзо напредовање животно угрожавајућих симптома, као што су:
  - **A** – оток дисајних путева (*airway problems*) и/или;
  - **B** – отежано дисање (*breathing problems*) и/или;
  - **C** – поремећај циркулације (*circulation problems*);
  - **D** – неуролошки поремећаји (*disability problems*);
  - **E** – промјене на кожи и/или слузокожи *(exposure problems*);
- прекинути излагање алергену који је узроковао анафилактичку реакцију;
- поступити у складу са алгоритмом за збрињавање анафилактичке реакције (прилог 1);

- проценити и третирати пацијента са анафилактичком реакцијом у складу са *ABCDE* приступом (прилог 3);
- уколико је потребно, позвати помоћ;
- намјестити пацијента у одговарајући положај. Положај бирати зависно од стања пацијента;
- пацијента са отоком дисајних путева и поремећајима дисања намјестити у сједећи, Фовлеров положај;
- пацијента са циркулаторним поремећајима смјестити у Тренделебургов положај са или без подигнутих доњих екстремитета (пацијенту са ниским крвним притиском подићи доње екстремитете);
- пацијента без свијести са очуваним дисањем поставити у бочни кома положај;
- труднице поставити у лијеви бочни положај да се спријечи портокавална компресија;
- започети с праћењем виталних параметара што је прије могуће;
- успоставити венски пут и према налогу доктора медицине започети с примјеном антишок терапије;
- евидентирати цјелокупан поступак збрињавања анафилактичке реакције у медицинску документацију (навести вријеме када се десила анафилактичка реакција, описати анафилактичку реакцију, врсту алергена који је изазвао реакцију, вријеме позивања помоћи, вриједности виталних параметара пацијента и навести примијењену терапију).

Напомена: Пацијенти с анафилактичком реакцијом понекад могу имати и гастроинтестиналне поремећаје, као што су: мучнина, повраћање, абдоминална бол и инконтиненција.

4 ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Алгоритам за збрињавање анафилактичке реакције;

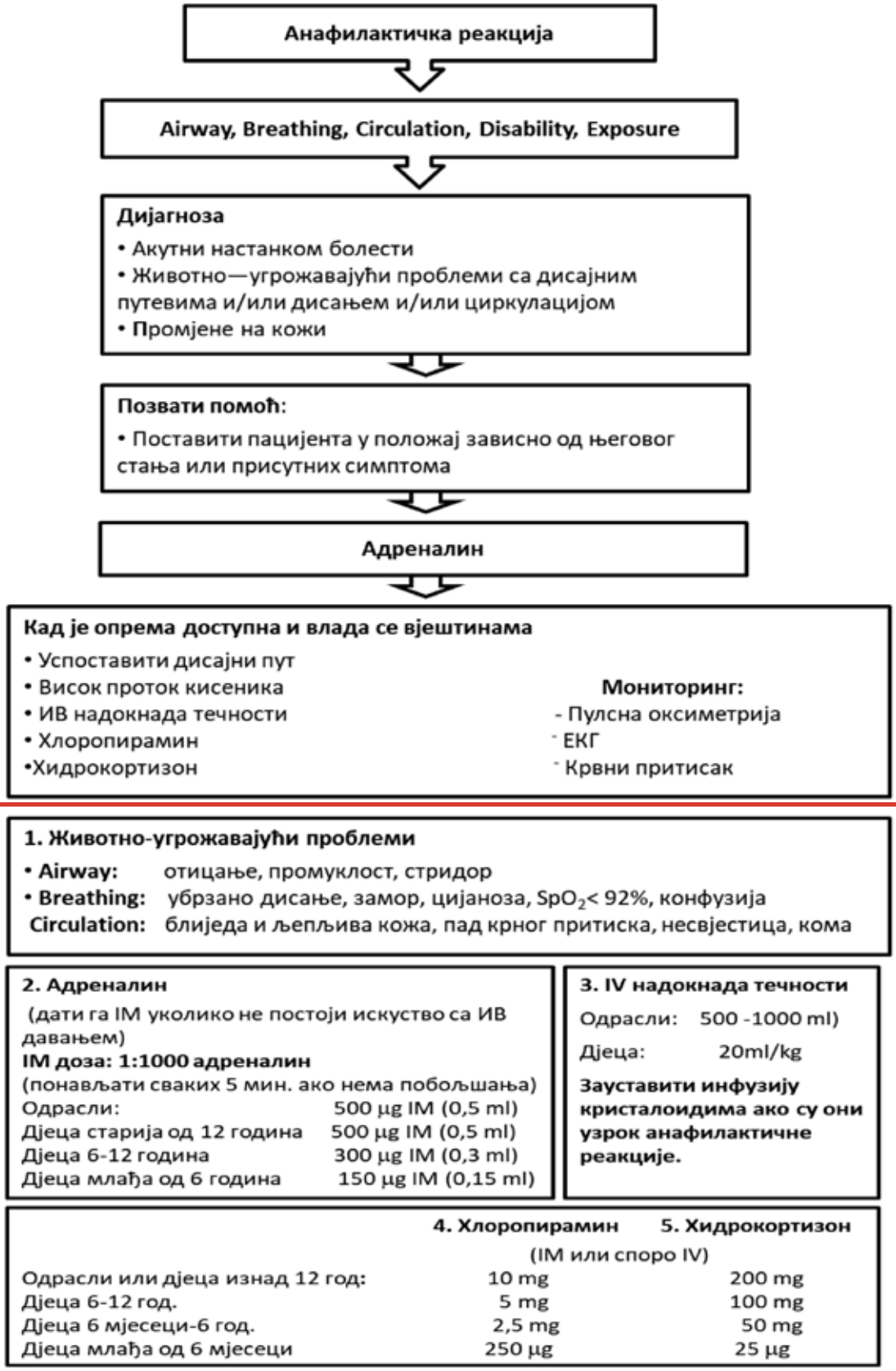
Прилог 2. Сет лијекова и опреме за збрињавање анафилактичке реакције;

Прилог 3. ABCDE приступ у потврђивању анафилактичке реакције.

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Алгоритам за збрињавање анафилактичке реакције



Извор: *Resuscitation Council (UK), Emergency treatment of anaphylactic reactions, Guidelines for healthcare providers, Working group of the Resuscitation Council (UK), London, 2008, review date 2016.*

Прилог 2. Сет лијекова и опрема за збрињавање анафилактичке реакције у прехоспиталним условима

Антишок терапија	**Опрема**
1. *Адреналин* 2. *Хлоропирамин или дифенхидрамин* 3. *Хидрокортизон или метилпреднизолон* 4. *Кристалоиди (физиолошки раствор 0,9% NaCl, Рингеров раствор)* 5. *Кисеоник*	– Апарат за мјерење крвног притиска са стетоскопом – Пулсни оксиметар – Маска / носни катетер за кисеоник - Прибор за вјештачку вентилацију (маска, *airway*; амбу балон) – Прибор за интубацију – ларингоскоп, тубус водилица – Брауниле и бризгалице различитих величина – Систем за инфузију

Прилог 3. *ABCDE* приступ у потврђивању анафилактичке реакције

A – оток дисајних путева (*Airway problems***)**	оток грла и језика (фарингеални/ларингеални едем), отежано дисање, гутање и осјећај да се грло затвара, промукли глас, стридор (снажан удисајни шум узрокован затварањем горњих дисајних путева).
B – дисајни поремећаји (*Bretahing problems***)**	кратак дах, убрзано дисање, осјећај умора, збуњеност узрокована хипоксијом, цијаноза (касни знак), респираторни застој.
C – циркулациони поремећаји (*Circulation problems***)**	знаци шока (блиједа и љепљива кожа), убрзан пулс (тахикардија), низак крвни притисак (хипотензија) – осјећај слабости (вртоглавица), колапс, смањен ниво свијести или губитак свијести, исхемија срчаног мишића и електрокардиографске (ЕКГ) промјене, застој срца.
D – неуролошки поремећаји (Disability problems**)**	узнемиреност, губитак свијести
E – промјене на кожи и/или слузокожи (*Exposure problems***)**	еритем – флеке или генерализовани црвени осип уртикарија, ангиоедем (Квинкеов (*Quincke*) едем), промјене на кожи и/или слузокожи су често први знак анафилактичке реакције и присутне су у 80% случајева анафилактичке реакције, промјене на кожи или слузокожи саме по себи нису знаци анафилактичке реакције и нису довољне за постављање дијагнозе анафилактичне реакције.

XI. ДИО

ДОКУМЕНТАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ

1 МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ

2 ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ

1 МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинисан је начин вођења медицинске документације у области здравствене његе.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Медицинска документација у области здравствене његе – садржи свеобухватне податке о процјени пацијента, запажањима при плану и реализацији здравствене његе, сестринским запажањима у амбуланти породичне медицине и заједници, аплицираној терапији, датим упутствима и извршеним едукацијама пацијента.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

За сваког пацијента води се медицинска документација у области здравствене његе, која је саставни дио здравственог картона. Дијелови, садржај и формат образаца основне сестринске документације не могу се мијењати, али их је могуће проширити у складу са специфичностима поједине организационе јединице.

Сви подаци у медицинску документацију у области здравствене његе морају бити благовремено евидентирани и потписани од стране медицинске сестре – техничара која је извршила евидентирање. Сва накнадна евидентирања и измјене у медицинској документацији у области здравствене његе морају садржавати датум, вријеме, име и презиме, као и потпис медицинске сестре – техничара.

3.1. Обрасци основне сестринске документације

- Уложак здравствене његе у примарној здравственој заштити (прилог 1);
- Сестринска анамнеза / општа процјена пацијента (прилог 2);
- План здравствене његе (прилог 3);
- План посјета пружаоца здравствене његе у заједници (прилог 4);
- Листа здравствене његе новорођенчета (прилог 5);
- Листа здравствене његе породиље (прилог 6);
- Изјава пацијента о одбијању посјете и медицинског третмана (прилог 7);

- Пријава инцидента / нежељеног догађаја (прилог 8);
- Препорука центру за социјални рад (прилог 9);
- Сестринска анамнеза у центру за ментално здравље (прилог 10);
- Сестрински интервју у центру за ментално здравље (прилог 11).

Напомена: сви наведени прилози/обрасци саставни су дио улошка картона здравствене његе

3.1.1. Уложак здравствене његе на примарном нивоу здравствене заштите

- у образац се евидентирају подаци који се односе на личне податке о пацијенту и податке о статусу здравственог осигурања;
- неопходно је евидентирати датум и вријеме издавања налога за кућну посјету, те ко је налог издао, за којег пацијента, као и коју врсту услуге/интервенције је неопходно пружити (спровођење терапије, узимање узорака за лабораторијску анализу и друго), као и вријеме поласка и вријеме повратка из кућне посјете.

3.1.2. Сестринска анамнеза и општа процјена пацијента за примарни ниво здравствене заштите

- сестринска анамнеза представља скуп података о тјелесним, психолошким и социјалним аспектима прошлог и садашњег здравственог стања и понашања особе/пацијента;
- сестринска анамнеза и општа процјена пацијента се обављају код пацијената којима је потребно пружити здравствену његу или терапију по налогу доктора медицине;
- узима се код пацијената којима је потребно отићи у више од једне кућне посјете ради пружања здравствене његе;
- образац се испуњава током разговора са пацијентом, тако што се пацијенту постављају питања отвореног типа, као што су: Како се осјећате након изласка из болнице?, Шта вас у овом тренутку највише забрињава?;
- сестринска анамнеза и општа процјена пацијента неопходна је за даље планирање здравствене његе.

3.1.3. План здравствене његе

План здравствене његе детаљно је описан у процедури „План здравствене његе“.

3.1.4. План посјета пружаоца здравствене његе у заједници

- у приложени план се уносе подаци о планираној посјети као и интервенције које могу бити превентивног или куративног карактера, а усмјерене су на труднице, породиље, дјецу свих добних група, хроничне болеснике, породицу, болеснике којима је потребна палијативна њега као и остале групе.

3.1.5. Листа здравствене његе новорођенчета

- у приложени образац уносе се подаци везани за здравствено стање новорођенчета и мајке;
- образац садржи сегменте који се односе на: датум планиране посјете новорођенчету, прегледе, савјете у вези његе новорођенчета;
- приликом спровођења његе новорођенчета, неопходно је евидентирати и остала запажања.

3.1.6. Листа здравствене његе породиље

- образац садржи податке везане за здравствено стање породиље;
- састоји се из неколико сегмената који се односе на: датум планиране посјете породиљи, преглед, те давање савјета (о исхрани, личној хигијени и др.);
- приликом спровођења његе породиље, неопходно је евидентирати у напомену и остала запажања пружаоца здравствене његе.

3.1.7. Изјава пацијента о одбијању посјете и медицинског третмана

- објаснити пацијенту, на њему разумљив начин, интервенције које би се спроводиле, те очекиване користи од спровођења здравствене његе;
- након разговора пацијент / старатељ / сродник/ правни заступник, за особе које нису способне одлучивати за себе, треба да разумију могуће посљедице одбијања интервенције по његово здравље;
- изјаву треба да потпишу медицинска сестра – техничар, пацијент / старатељ / сродник / правни заступник, за особе које нису способне одлучивати за себе.

3.1.8. Пријава инцидента / нежељеног догађаја

- у образац се наводе опис и посљедице инцидента / нежељеног догађаја који се догодио, као и какве су мјере и активности предузете;
- образац потписује особа која је сачинила извјештај;
- о инциденту / нежељеном догађају обавијестити особу одговорну за управљање нежељеним догађајима, у складу са интерним документима установе.

3.1.9. Препорука центру за социјални рад

- образац садржи податке везане за разлоге упућивања центру за социјални рад као и кратак опис проблема;
- уколико се упућује дијете, навести име родитеља/старатеља од кога су подаци узети.

3.1.10. Сестринска анамнеза у центру за ментално здравље

- представља скуп података и запажања о менталном здрављу пацијента;
- након прикупљених података, односно утврђивања потреба за његом, поставити сестринску дијагнозу која би у овом случају представљала актуелни или потенцијални здравствени проблем појединца или породице.

3.1.11. Сестрински интервју у центру за ментално здравље

- подаци се прикупљају током разговора са пацијентом уколико то његово здравствено стање дозвољава;
- постављају се питања отвореног типа, која су унапријед припремљена на наведеном обрасцу, а односе се на ментално здравље пацијента.Прилог 1. Уложак здравствене његе у примарној здравственој заштитиПрилог 2. Сестринска анамнеза / општа процјена пацијента

ПОДАЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ			
Број здравственог картона	Број здравствене књижице	Крвна група	Rh фактор

ЛИЧНИ ПОДАЦИ	**ПОДАЦИ О ЗАПОСЛЕЊУ И ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ**
_____ Пол: М – Ж (Презиме, име родитеља, и име) _____ _____ Мјесто и датум рођења; јединствени матични број _____ _____ Пребивалиште (мјесто, улица и број) _____ Број телефона_____ брачно стање:_____ адреса електронске поште - неожењен – неудата, - ожењен – удата, - удовац – удовица и - разведен – разведена	_____ Назив организације носиоца здравственог осигурања _____ Регистарски број, шифра дјелатности _____ Сједиште радне организације _____ Категорија здравственог осигурања
	НАПОМЕНА:
	Потпис медицинске сестре – техничара

Прилог 1. Уложак здравствене његе у примарној здравственој заштити (наставак)

Датум и вријеме издавања налога: _____

Налог издао: _____

Вријеме поласка: _____ **Вријеме повратка** _____

Презиме и име пацијента	Адреса	Број телефона	УСЛУГЕ			Потпис пацијента
			Тх	Лаб	Остало	

Прилог 2. Сестринска анамнеза / општа процјена пацијента

Име и презиме: ..... **Број картона / ЈМБ:** .....

Тим породичне медицине: ..... Особа и телефон за контакт: .....

Датум процјене: ..... Потпис пружаоца здр. његе: .....

Разлог за кућну посјету:

Главне медицинске дијагнозе релевантне за здравствену његу:	1)	2) ....
	3)	4) ....

Алергије: ДА – НЕ .....

Процјена самосталности	1. самосталан / потребно помагало □ 2. зависност вишег степена □ 3. зависност у високом степену □ 4. потпуно зависан □
Самозбрињавање	хигијена – 1, 2, 3, 4 елиминација – 1, 2, 3, 4 остало храњење – 1, 2, 3, 4 облачење – 1, 2, 3, 4
Физичке активности	ходање – 1, 2, 3, 4 сједење – 1, 2, 3, 4 окретање – 1, 2, 3, 4 премјештање – 1, 2, 3, 4 стајање – 1, 2, 3, 4 остало
Опрема и помагала	Штаке □ штап □ ходалица □ колица □ протеза □ остала помагала .....
Исхрана	Орална □ парентерална □ сонда □ стома □ остало .....
Апетит	Нормалан □ повећан □ смањен □ мучнина □ повраћање □ остало
Гутање	Без тешкоћа □ отежано □ тешко □ остало
Слузница	Нормална □ сува □ наслаге □ оштећена □
Елиминација столице	Задња дефекација ..... Инконтиненција □ пролив □ опстипација □ илеостома □ колостома □
Елиминација урина	Нормална □ инконтиненција □ врста ..... уростома □ Уринарни катетер □ задња промјена
Знојење	Нормално □ Смањено □ појачано □
Искашљавање	ДА □ без тешкоће □ отежано □ слуз □ крв □ НЕ □

Прилог 2. Сестринска анамнеза / општа процјена пацијента (наставак)

	Кашаљ ДА □ НЕ □
Перцептивне способности	Вид добар □ оштећен □ слијеп □ Наочале □ сочива □ очна протеза □ Слух добар □ оштећен □ глув □ Слушни апарат □ Бол ДА □ опис бола (локализација, јачина, врста) ..... Шта пацијент ради да умањи бол? ..... НЕ □ Говор без тешкоћа □ афазија □ остало .....
Спавање	Несаница ДА □ НЕ □ специфичности спавања Ходање у сну ДА □ НЕ □
Свијест	очувана □ сомноленција □ сопор □ ступор □ кома □ остало Процјена на Glasgow кома скали .....
Психијатријска дијагноза (ако није већ горе наведена):	
Активности које утичу на здравље	Пушење ДА □ НЕ □ ком/ дан ..... / година ..... Алкохол ДА □ НЕ □ количина/ дан ...../ година ..... Дроге ..... Остало
Физикални преглед	Висина ..... тежина ..... Промјене ТТ.
Пулс/мин.	Температура ..... Крвни притисак ..... Дисање .....
Кожа – изглед и промјене	Глава и врат..... Браден скала – бодови ..... Торакс .....
Ризик за	пад □ повреде □ инфекцију □ остало ..._____.....

Ситуација у којој се пацијент налази:
Окружење у којем живи пацијент:
Постојање опасности по здравље? ....

Прилог 2. Сестринска анамнеза / општа процјена пацијента (наставак)

Стање његоватеља
Како се његоватељи носе са ситуацијом? (по њиховом властитим ријечима): .... Да ли постоји потреба да се подржи и едукује његоватељ? ....

Каква очекивања пацијент и његоватељи имају од пружаоца здравствене његе у заједници?

.....

.....

.....

Остали коментари:

.....

.....

Упутство за коришћење овог обрасца:
Овај образац се користи за сестринску анамнезу и општу сестринску процјену. Користи се за прикупљање података везаних за здр. његу.
Сестринска анамнеза и општа процјена пацијента обављају се код пацијената којима је потребно пружити здравствену његу или терапију по налогу љекара. Сестринска анамнеза узима се код пацијената којима је потребно отићи у више од једне кућне посјете ради пружања здравствене његе.
Образац испуњавајте током разговора са пацијентом. Немојте га користити као контролну листу, већ постављајте питања отвореног типа, као што су сљедећа питања: Како се осјећате након изласка из болнице?, Шта вас у овом тренутку највише забрињава? *Молимо, додајте образац за провјеру коришћења прописане терапије. Сестринску анамнезу и општу процјену пацијента приложите у картон пацијента.*

План здравствене неге

Здравствена нега коју је прописао лекар:

.....

.....

.....

Датум прописивања: ..... 20..... године **Печат и потпис доктора медицине**: .....

Име и презиме:

.....

Број картона/ЈМБ:

.....

Здравствена нега коју планира и спроводи пружалац здравствене неге (план)

Датум, потпис	Проблем	Циљ	Интервенција	Евалуација
Датум, потпис	**Проблем**	**Циљ**	**Интервенција**	**Евалуација**

ОПШТИНА _____

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА _____ *Дајтум:* I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

СЛУЖБА _____

ПЛАН ПОСЈЕТА ПРУЖАОЦА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

Датум уноса података	Адреса и број телефона	Трудница	Породиља	Новорођенче Дојенче	Мало дијете	Школско дијете	Хронични болесни	ТБЦ	Породица	Палијативни	Остало	Услуга	Врста услуге	Име пружаоца здр. његе која треба обавити посјету	Датум и вријеме трајања посјете	Процјена ризика 1-висок 2-средњи 3-низак	Напомена	Потпис пружаоца здравствене његе
												К П						
		прва /поновна посјета (1, 2)																
												К П						
												К П						
		прва /поновна посјета (1, 2)																
												К П						
												К П						
		прва /поновна посјета (1, 2)																
												К П						
												К П						
		прва /поновна посјета (1, 2)																
												К П						

К-куратива П -превентива

Прилог 5. Листа здравствене његе новорођенчета

Прва посјета дана ..... 20..... године

Име и презиме ..... Пол: М – Ж
Датум рођења: ..... на вријеме, прије термина, послије термина у породилишту (које)
.....у кући са стручном
помоћи (име и презиме бабице): .....без стручне помоћи,
зашто
.....
Порођајна тежина ..... грама, дужина ..... цм, обим главе ..... цм
порођајне повреде (које): .....
Болести новорођенчета: .....
.....
.....
Претпорођајна здравствена заштита мајке .....
Болести мајке у току трудноће .....
Компликације у току порода и након њега .....
.....
.....
Да ли је мајка запослена: ДА – НЕ,
гдје .....
Вакцине у породилишту: против туберкулозе (BCG) – датум .....
против заразне жутице (HB) – датум .....
Њега новорођенчета – бабица: ДА – НЕ,
(име и презиме бабице) .....
Дневно: ДА – НЕ;
колико дана по порођају .....

Прилог 5. Листа здравствене његе новорођенчета (наставак)

Датум посјете:							
Дан прегледа по породу:							
Кожа							
Глава							
Грудни кош							
Екстремитети							
Пупак							
Гениталије							
Физиолошка жутица							
Остали савјети:							
а) облачење							
б) дојење							
в) вјештачка исхрана							
г) превијање							
д) спавање							
е) остало							
Напомена:							
Пружалац здравствене његе у заједници:							

Прилог 6. Листа здравствене његе породиље

Прва посјета дана …….…… 20…….. године

Име и презиме …….. Датум рођења: …….

Датум порода: …… у породилишту: ДА – НЕ

Пород је био: правовремен, ранији, нормалан, компликације

Компликације по породу: НЕ

ДА ……

Колико је дана породиља била у болници: …….. дана

Операција: ДА – НЕ

Да ли породиља дoји: ДА – НЕ, зато што ……..

Савјет о контрацепцији: ДА – НЕ

Датум посјете: **Дан прегледа по породу:**			
преглед дојки			
преглед висине фундуса			
преглед епизиотомије			
превенција инфекције епизиотомије			
превијање ране од царског реза			
прва менструација			
психичко стање породиље			
Савјети о:			
а) личној хигијени			

Прилог 6. Листа здравствене његе породиље (наставак)

б) исхрани			
в) додатни савјети			
Напомена			

Прилог 7. Изјава пацијента о одбијању посјете и медицинског третмана

Потписани/а ……

Борави у ……

Датум рођења …….

1. Изјављујем да се не слажем с тим да медицинска сестра / техничар изведе интервенцију здравствене његе коју јој је породични доктор навео на радном налогу и/или у отпусном писму:

Наручилац радног налога: ……

Наручена интервенција: ……..

2. Желим да ме медицинска сестра – техничар не обилази због извођења интервенције која је наведена на радном налогу, до наредног издавања радног налога од стране породичног доктора.

Потврђујем, да ми је медицинска сестра – техничар објаснила све о нарученој интервенцији и о начину извођења, те очекиваној користи од здравствене његе.

Разумијем да одбијање прописане интервенције здравствене његе има посљедице на моје здравље.
Разумијем дата ми усмена упутства.
Разумијем значај и посљедице одбијања.
Изјаву о одбијању дајем слободно.

Мјесто и датум: …….

Потпис пацијента: ……

Потпис друге особе: …… (старатељ / сродник / правни заступник, за особе које нису способне одлучивати за себе).

Потпис медицинске сестре у заједници: …….

Прилог 8. Пријава инцидента / нежељеног догађаја

Датум и вријеме настанка инцидента / нежељеног догађаја:	
Опис инцидента / нежељеног догађаја	Врста инцидента / нежељеног догађаја: □ пад □ терапија □ опекотина □ друго: _____ _____
	Мјесто гдје се десио инцидент / нежељени догађај:
	Особе које су учествовале:
	Опрема која је коришћена:
	Непосредни узроци:
	Како је запажен инцидент:
Посљедице инцидента / нежељеног догађаја	Посљедице за пацијента:
	Посљедице за здравствену установу:
Изјава медицинске сестре о инциденту / нежељеном догађају	
Какве су мјере и активности предузете	
Остале напомене	
У _____, дана_____.	Извјештај саставио _____ (пуно, читљиво, име и презиме и потпис)

Прилог 9. Препорука центру за социјални рад

ОПШТИНА _____

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА _____

СЛУЖБА _____

ТИМ _____

Број картона: _____

Датум отварања: ***I__I__I I__I__I I__I__I__I__I***

ПРЕПОРУКА ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД

Мјесто _____

Упућује се: _____

Име (име оца) и презиме

Матични број I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

пол: Мушко I__I

Женско I__I

Мјесто боравка / адреса _____

Адреса и контакт телефон _____

Школска спрема
1. ВСС I__I
2. ВШС I__I
3. ССС I__I
4. НСС I__I

Занимање _____

Запослење

1. ДА I__I Навести: _____

2. НЕ I__I

Брачно стање I__I__I

Број чланова породице са којима живи: I__I__I

Број дјеце I__I__I

Године рођења _____

Прилог 9. Препорука центру за социјални рад (наставак)

СОЦИЈАЛНИ СТАТУС ПОРОДИЦЕ

Број дјеце која похађају					
обданиште	**основну школу**	**средњу школу**	**вишу школу**	**факултет**	**ништа од наведеног**

Број дјеце	**Број осталих чланова породице**			
	запослених	**незапослених**	**запослених**	**незапослених**

Стамбене прилике

1. стан/кућа I__I
2. подстанар I__I
3. смјештај у установи
4. бескућник

Разлог упућивања (кратак опис проблема)

_____

_____

Напомена: уколико се упућује дијете, навести име родитеља или старатеља

Датум посјете:

I__I__I I__I__I
I__I__I__I__I

_____ М. П.

_____

Потпис пружаоца здравствене његе:

Прилог 10. Сестринска анамнеза у центру за ментално здравље

ЦЕНТАР ЗА ЗАШТИТУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА Датум: ___/___/_____ год.

Име (име једног родитеља / старатеља) и презиме

_____

Пол:_____

ЈМБ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Тим породичне медицине:_____ Упућен/а од стране:_____

Упутна дијагноза МКБ-10
_____

Разлог јављања у ЗМЗ:_____
Тренутне тегобе:_____
Да ли је било ранијих психијатријских лијечења: ДА☐ НЕ☐
Да ли је било психијатријских поремећаја у вашој породици: ДА☐ НЕ ☐
Ако је одговор ДА, навести сродство:_____
Колико хоспитализација је било и када је била
задња:_____
Друга хронична обољења:_____
Пацијент долази**:** сам☐ у пратњи☐
(име и презиме, сродство са корисником) _____

Особа од повјерења,
контакт:_____

Минимални подаци о социјалном понашању и интересима (да ли размјењује посјете, с ким се дружи, долази ли у сукоб с другим особама, да ли избјегава друштво, шта воли да ради у слободно вријеме, и сл.)
_____
_____

Пацијент живи са:_____

Запажање током узимања анамнезе:

1) Контакт очима:
☐ успоставља ☐ подржава ☐ избјегава

2) Вањски изглед:

Прилог 10. Сестринска анамнеза у центру за ментално здравље (наставак)

☐ уредан
☐ дјелимично уредан
☐ неуредан
☐ упадљив
(навести):_____

3) Понашање:
☐ неупадљиво
☐ упадљиво
(навести):_____

4) Вербални контакт:
☐ успоставља
☐ не успоставља
☐ успоставља на подстицај
☐ у контакту вербално агресиван према _____

5) Комуникација:
☐ адекватно одговара на постављена питања
☐ даје одговор у нескладу са постављеним питањима
☐ даје непотпуне одговоре
☐ провјерава питањем
☐ одговара усклађено али успорено

6) Говор:
☐ Убрзан ☐ Успорен ☐ Нејасан
☐ Тих ☐ Бучан ☐ Јасан

7) Мисаони ток:
☐ уредан
☐ убрзан
☐ успорен
☐ нејасан:_____

8) Мисаони садржај:

☐ уредан
☐ присуство негативних мисли
☐ присилне мисли/идеје
☐ сумануте идеје
☐ депресивне идеје
☐ нејасан_____

9) Расположење:

☐ примјерено ☐ депресивно/снижено ☐ еуфорично/повишено

Прилог 10. Сестринска анамнеза у центру за ментално здравље (наставак)

10) Афекат:

☐ примјерен ☐ апатичан ☐ закочен
☐ лабилан ☐ амбивалентан ☐ патолошко раздражљив
☐ дефект афективног односа

11) Квалитет сна:
(дужина спавања_____; буђење током ноћи ДА☐ НЕ☐)

12) Квалитет исхране (смањен апетит, појачан апетит, без апетита)

☐ Уредан апетит ☐ Појачан апетит ☐ Смањен апетит ☐ Без апетита

13) Халуцинације: ДА☐ НЕ☐ ако је одговор ДА, назначите које:
☐ Слушне☐ Видне☐ Тактилне
☐ Окусне☐ Мирисне

14) Илузије: ДА☐ НЕ☐ Ако је одговор ДА**,** назначите које: _____
☐ Религиозна илузија ☐ Соматска делузија или суманута идеја ☐ Грандиозна илузија
☐ Параноидна илузија ☐ Друго (описати)_____

14) Суицидалне намјере: ДА☐ НЕ☐
Суицидалне идеје**:** ДА☐ НЕ☐
Суицидални план: ДА☐ НЕ☐
Стање свијести: оријентисан☐ конфузан☐

15) Насиље ДА☐ НЕ☐
Жртва насиља: ДА☐ НЕ☐
Починилац насиља: ДА☐ НЕ☐

Крвни притисак:
Тјелесна тежина:
Тјелесна висина:
БМИ:

Сестринска дијагноза:_____

Потпис медицинске сестре – техничара која/и попуњава образац:

_____

Прилог 11. Сестрински интервју у центру за ментално здравље

ЦЕНТАР ЗА ЗАШТИТУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Број картона:

СЕСТРИНСКИ ИНТЕРВЈУ

Презиме (име родитеља) Име: _____ Пол:_____
Дијагноза (МКБ):_____ Годиште:_____
Адреса:_____ Телефон:_____
Старатељство: Да/Не
Школска спрема:_____ Живи са: _____
Брачни статус: _____ Дјеца: _____
Пацијент долази: ☐ сам у пратњи ☐
(ако је у пратњи, име и презиме и сродство са корисником)
_____

1. Можете ли ми описати разлог вашег јављања у центар за ментално здравље (примарно и тјелесно)?
_____

2. Како се осјећате данас?
_____

3. Како спавате у задње вријеме (ритам сна)?
_____

4. Да ли вам се промијенио апетит у задње вријеме и на који начин?
_____

5. Да ли имате проблема са памћењем и концентрацијом?
_____

6. Да ли имате страхове (од чега и колико често)?
_____

7. Да ли видите или чујете необичне ствари (од када и колико често)?
_____

8. Да ли је било ранијих психијатријских лијечења,(гдје и када) или у вашој породици?
_____

9. Да ли сматрате да су ваше потребе у свакодневном животу задовољене?
_____

10. Шта вам највише недостаје из времена кад сте се осјећали боље?
_____

11. Шта мислите који је дио вашег живота промијенило садашње стање?
_____

Прилог 11. Сестрински интервју у центру за ментално здравље (наставак)

12. Да ли сте у задње вријеме код себе примијетили промјене расположења и на који начин реагујете?
_____

13. Шта вас чини „сретним“, у чему уживате?
_____

14. Да ли вас нешто љути?
_____

15. Да ли имате осјећај да вас у породици разумију и ко?
_____

16. Да ли се дружите са пријатељима и колико често?
_____

17. Да ли имате проблема са неким људима из окружења?
_____

18. Да ли сте у задње вријеме размишљали да повриједите себе или друге, или је вас неко повриједио (ако је одговор „да“, на који начин)?
_____

19. Да ли конзумирате алкохол, дуван, таблете, наркотике, ако да од када и у којим количинама?
_____

20. Ако су вам прописани лијекови, узимате ли их редовно и самостално?
_____

21. Ако узимате лијекове, да ли вам узрокују неки проблем: (гојазност, суха уста, дрхтање, појачано спавање, појачано знојење, укоченост...)?
_____

22. Шта бисте Ви жељели да постигнете за добробит вашег здравља (тјелесно и ментално)?
_____

23. Да ли имате додатна питања за ваше здравље (тјелесно и ментално)?
_____

24. Додатни коментар (невербална комуникација)?
_____

Потпис медицинске сестре – техничара:

_____

Датум:_____

2 ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се структура процеса планирања здравствене његе.

1.2. Подручје примјене

Ова процедура примјењује се у свим организационим јединицама гдје се спроводи процес планирања здравствене његе.

1.3. Надлежности за примјену

Ову процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

План здравствене његе – формални процес помоћу којег се идентификују постојеће потребе и препознају потенцијални проблеми или ризици. План здравствене његе такође представља алат за комуникацију између медицинских сестара – техничара са пацијентима и другим здравственим професионалцима у циљу достизања позитивних исхода по здравље пацијента.

Сестринска дијагноза – представља униформни начин идентификовања, фокусирања и одговора на специфичне потребе пацијента, актуелне проблеме и проблеме са високим ризиком.

Сестринске интервенције – активности или акције које медицинска сестра – техничар предузима у циљу достизања дефинисаних циљева здравствене његе. Изабрана интервенција треба да је фокусирана на елиминацију и редукцију етиологије сестринске дијагнозе.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ПЛАН ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ

3.1. Израда плана сестринске његе

Израда плана сестринске његе састоји се од неколико корака:

1. Прикупљање података или процјена;
2. Анализа и организовање;
3. Постављање сестринске дијагнозе;
4. Постављање приоритета;
5. Дефинисање циљева и жељених исхода;
6. Избор сестринске интервенције;
7. Образложење;
8. Евалуација;

Наведено медицинска сестра – техничар уписује у образац – План здравствене његе.

3.1.1. Прикупљање података или процјена

Први корак у изради плана сестринске његе састоји се од прикупљања података неопходних за процјену пацијента. За прикупљање података о пацијенту могу се користити сви расположиви извори као што је здравствени картон пацијента, физичка процјена, интервју, упитници (нпр. образац – Процјене пацијента за његу у кући). У овом кораку медицинска сестра – техничар идентификује све потенцијалне етиолошке факторе или факторе ризика који представљају основ за постављање сестринске дијагнозе.

3.1.2. Анализа података и организовање

Медицинска сестра – техничар прикупљене податке анализира и групише, а затим их организује на начин да јој помогну у постављању сестринске дијагнозе, приоритета и жељених исхода.

3.1.3. Постављање сестринске дијагнозе

Медицинска сестра – техничар, заједно са пацијентом, идентификује све актуелне и потенцијалне проблеме који се могу превенирати или ријешити сестринском интервенцијом. У овој фази, такође, медицинска сестра – техничар процјењује и остале аспекте који су од значаја за постављање сестринске дијагнозе (пацијентова снага, ресурси и сл.)

Медицинска сестра – техничар поставља сљедеће дијагнозе:

Дијагноза фокусирана на актуелни проблем – ову дијагнозу медицинска сестра – техничар поставља у односу на тренутно присутне симптоме и знакове. Формулисање актуелне дијагнозе медицинска сестра – техничар спроводи тек кад идентификује проблеме, етиологију проблема и његову манифестацију.

Дијагноза заснована на ризицима: Клиничка процјена указује да проблем не постоји, али присуство фактора ризика указује на то да се проблем може развити без сестринске интервенције. Ризици се не односе на етиолошке факторе, већ на факторе ризика (ризик од пада, повреде или инфекције), који због свог присуства код пацијента са одређеним здравственим стањем могу узроковати одређене проблеме.

Дијагноза здравствене промоције – представља клиничку процјену о мотивацији и жељи за повећањем општег благостања код пацијента.

Дијагноза синдрома – представља клиничку процјену у односу на групу проблема или ризика сестринске дијагнозе који могу предвидјети појаву због одређене ситуације или догађаја.

3.1.3.1. Формулисање изјаве о дијагнози

Формулисање изјаве о дијагнози је посљедњи корак у процесу постављања дијагнозе, при чему медицинска сестра – техничар израђује изјаву о сестринској дијагнози.

У изјаву о сестринској дијагнози описује се здравствени статус пацијента и фактора који утичу на тај статус.

3.1.4. Постављање приоритета

Постављање приоритета је процес успостављања слиједа активности за постављену сестринску дијагнозу и интервенције које ће се спроводити. У овом кораку медицинска сестра – техничар одређује приоритете постављених дијагноза (висок, средњи и низак приоритет).

3.1.5. Постављање циљева и жељених исхода

Након постављања приоритета, у сестринским дијагнозама за сваки дефинисани приоритет дефинише се сет циљева и жељених исхода. Циљеви и жељени исходи здравствене његе описују шта медицинска сестра – техничар жели достићи за сваког пацијента након спровођења сестринске интервенције.

Медицинска сестра – техничар приликом дефинисања циљева и исхода примјењује сљедећа правила:

1. циљ мора бити јасно дефинисан, разумљив пацијенту и члановима тима;
2. временски дефинисани (краткорочни, средњорочни, дугорочни);
3. дефинише циљеве и исходе у складу са одговорности пацијента, а не медицинске сестре – техничара. Сваки циљ започети „Пацијент ће...", што ће помоћи да се сваки циљ фокусира на пацијентово понашање и одговорност;
4. избјегава дефинисање нереалних циљева и исхода, односно циљева и исхода које је немогуће остварити и који су испод реалних могућности пацијента (средстава, могућности и ограничења);
5. поставља јасне циљеве, односно циљеве који не захтијевају додатна објашњења;
6. осигурава да су циљеви усклађени са прописаном терапијом других здравствених професионалаца;
7. осигурава да је сваки циљ у вези са само једном сестринском дијагнозом;
8. презентује постављене циљеве пацијенту како би се осигурало њихово разумијевање и сарадња.

3.1.6. Избор сестринске интервенције

Сестринска интервенција треба да је:

- сигурна и у складу са пацијентовим годинама живота, здравственим стањем и општим стањем организма;
- достижна у односу на расположиве ресурсе и вријеме;
- усклађена са пацијентовим вриједностима, културом и увјерењима;
- усклађена са осталом терапијом коју пацијент користи;
- заснована на знањима медицинске сестре – техничара и искуствима или новим медицинским доктринама.

У писању плана његе (образац План здравствене његе) медицинска сестра – техничар примјењује сљедеће смјернице:

- медицинска сестра – техничар обавезно на плану уписује датум израде и своје име и презиме. Уписивање датума израде плана од есенцијалне је важности у процесу евалуације, прегледа и будућег планирања. Медицинска сестра – техничар својим потписом потврђује да је одговорна за план здравствене његе.

Сестринска интервенција треба да садржи специфичне и јасне изјаве, које започињу глаголом / описом радње који се односи на медицинску сестру – техничара и шта се од ње очекује да уради. Коришћени глаголи и радње морају бити прецизни и добијају се одговорима на питања: Како?, Када?, Гдје? У које вријеме?, Колико често? и У којем обиму?, што одређује садржај планиране активности. На примјер „Едуковати родитеље како да измјере температуру и како да препознају одступања" или „Процијенити боју, количину, мирис и замућеност урина".

3.1.7. Давање образложења

Медицинска сестра – техничар у дијелу образложења у плану здравствене његе наводи разлоге због којих се опредијелила за наведену здравствену интервенцију.

3.1.8. Евалуација

Медицинска сестра – техничар обавезно евалуира сваки план здравствене његе за сваког пацијента, како би на вријеме и адекватно могла реаговати, односно престати, наставити или измијенити сестринску интервенцију.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

1. Прилог 1. Класификација сестринских дијагноза

4.2. Обрасци

1. Процјена пацијента за његу у кући
2. План здравствене његе

Прилог 1. Класификација сестринске дијагнозе

Домен	Промоција здравља	Исхрана	Елиминација/ Размјена	Активност/ Одмор	Перцепција/ Корнитија	Самоперцепција	Улога у односима	Сексуалност	Сналажење/ Толерантија стреса	Перцепција живота	Сигурност/Заштита	Удобност	Раст/ Развој
Класа 1	Свијест о здрављу	Гутање	Функција уринарног система	Спавање/ Одмор	Пажња	Схватање себе	Улога његоватеља	Сексуални идентитет	Посттрауматски одговор	Вриједности	Инфекција	Физичка	Раст
Класа 2	Здравствени менаџмент	Пробава	Функција гастроинтестиналног Тракта	Активност/ Вјежбање	Оријентација	Самопроцјена	Односи са породицом	Сексуална функција	Сналажење	Увјерења	Физичке повреде	Окружења	Развој
Класа 3		Апсорпција	Функција знојења	Баланс енергије	Осјетљивост/ Перцепција	Изглед тијела	Улога перформанси	Репродукција	Стрес, неуро-понашање	Вриједности/ Увјерења посљедице активности	Насиље	Социјална	
Класа 4		Метаболизам	Респираторна функција	Дисајни/ Кардиоваскуларни с. одговор	Когниција						Штетни фактори окружења		
Класа 5		Хидратација		Самозбрињавање	Комуникација						Одбрамбени механизам		
Класа 6											Терморегулација		

Образац 1. Сестринска процјена за његу у кући

СЕСТРИНСКА ПРОЦЈЕНА ЗА ЊЕГУ У КУЋИ

ИНФОРМАЦИЈЕ О ПАЦИЈЕНТУ		
Презиме:	Име:	ЈМБ:
Контакт особа (Име и презиме, сродство):		Број телефона:

УСЛОВИ СТАНОВАЊА						
Мјесто становања:	☐ Стан ☐ Кућа ☐ Остало _____		Спрат: _____	Бр. собе _____	Лифт:	☐ Да ☐ Не
Живи сам/а:	☐ Да	☐ Не	Навести све особе које живе у домаћинству: _____			
Навести услуге и колико временски (сати, дана) су у могућности и способни пружати његу: _____ _____						

ПОСЉЕДЊЕ БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ
Назив болничке установе:_____ Болничко лијечење: од ____. до____.20___. године. Дијагноза:_____

СТАТУС ПАЦИЈЕНТА		
Да ли се ваше здравствено стање мијења?	☐ Увијек ☐ Понекад ☐ Никад	
Да ли је пацијенту доступна професионална здравствена њега у кући?	☐ Да	☐ Не
Ако је одговор НЕ, ко је одговоран на пружање здравствене његе Презиме и име / Сродство_____		

ПРОЦЈЕНА ПАЦИЈЕНТА	
Алергије ☐ Да ☐ Не	Ако је одговор ДА, на шта је пацијент алергичан
	Лијекови_____ Остало_____

САМОЗБРИЊАВАЊЕ

	Помоћ				Помоћ		
	Без	Дјелимична	Потпуна		Без	Дјелимична	Потпуна
Чешљање	☐	☐	☐	Подгријавање хране	☐	☐	☐
Облачење	☐	☐	☐	Коришћење тоалета	☐	☐	☐
Туширање	☐	☐	☐	Посуда за урин/столицу	☐	☐	☐
Купање	☐	☐	☐				
Храњење	☐	☐	☐				
Припремање хране	☐	☐	☐				

Образац 1. Сестринска процјена за његу у кући (наставак)

СПОСОБНОСТ УЗИМАЊА И АДМИНИСТРИРАЊА ЛИЈЕКОВА						
	Да	Понека	Увијек			
Потпуно самосталан				Пацијенту/ Његоватељу потребна подршка/обука	☐ Да	☐ Не
Потребно подсјећање						
Потребна помоћ у припреми				Додатна објашњења_____		
Потребна помоћ у примјени						
Ако пацијент није самосталан у узимању лијекова, шта је договорено са пацијентом? _____ _____						
ПАРЕНТЕРАЛНА ТЕРАПИЈА						
Пацијент захтијева инфузију у кући кроз				Колико пута седмично?		
☐ Централну канилу	☐ Периферну канилу			_____		
Инјекције				_____		
ИСХРАНА						
Прехрана Хо	Дијета:			☐ Орална	☐ Парентерална	
	Остало_____			☐ Сонда	☐ Стома	
Апетит	☐ Нормалан	☐ Повећан	☐ Смањен	☐ Мучнина	☐ Повраћање	
Гутање	☐ Без тешкоћа		☐ Отежано	☐ Тешко	Остало	
Жвакање	☐ Без тешкоћа		☐ Отежано	☐ Тешко	Остало _____	
ЕЛИМИНАЦИЈА						
Столице	Задња дефекација _____			☐ Пролив	☐ Опстипација	☐ Илеостома
				☐ Колостома	☐ Ректално пражњење	
Урина	☐ Нормална			☐ Инконтиненција	☐ Врста инконтиненције	
	☐ Уринарни катетер		Задња промјена_____		☐ Уростома	
Зној ење	☐ Нормално			☐ Повећано	☐ Смањено	
Искашљавање	☐ Да	☐ Не	☐ Без	☐ Отежано	☐ Слуз	☐ Гној	☐ Крв
Кашаљ	☐ Да	☐ Не					

Образац 1. Сестринска процјена за његу у кући (наставак)

ПЕРЦЕПТИВНА СПОСОБНОСТ						
Говор	☐ Разумљив			☐ Афазија		
Вид	☐ Добар	☐ Оштећен	☐ Слијеп	☐ Наочале	☐ Сочива	☐ Очна протеза
Слух	☐ Добар	☐ Оштећен	☐ Слух	Остало_____		
	Слушни апарат			☐ Да	☐ Не	
Бол	☐ Да	☐ Не	Опис бола_____			

ПРОЦЈЕНА ФИЗИЧКЕ СПОСОБНОСТИ						
	Без помоћи	Штап	Ходалица	Колица	Лични асис.	Немогуће
Ходање по кући	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ходање ван куће	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Стајање	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Сједење	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Премјештање са:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Стајање	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Окретање	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Остало	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Опрема и помагала	☐ Штаке	☐ Штап	☐ Ходалица	☐ Колица	☐ Протеза	☐ Трапез
Повећан ризик за	☐ Пад		☐ Повреду	☐ Остало _____		

КОГНИТИВНИ/МЕНТАЛНИ СТАТУС							
	Да	Дјелимично	Не		Да	Дјелимично	Не
Оријентисан у времену и простору	☐	☐	☐	**Опасан, агресиван за:**			
				Друге	☐	☐	☐
				Себе	☐	☐	☐
Анксиозност	☐	☐	☐	Артикулациони поремећај	☐	☐	☐
Узнемиреност	☐	☐	☐	Поремећај спавања	☐	☐	☐
Губитак краткотрајног памћења	☐	☐	☐	**Насилан према:**			
				Другима	☐	☐	☐
				Себи	☐	☐	☐
Одсуство	☐	☐	☐	Остало _____			
Депресија	☐	☐	☐				

Образац 1. Сестринска процјена за његу у кући (наставак)

КОГНИТИВНИ/МЕНТАЛНИ СТАТУС				
Одсуство моћи расуђивања	☐	☐	☐	
Прихватање здравственог стања	☐ Неприхватање	☐ Прилагођавање	☐ Прихваћање	Остало _____
Свијест	☐ Очувана	☐ Сомноленција	☐ Сопор	☐ Ступор
	☐ Илузија	☐ Халуцинација	☐ Конфузија	☐ Кома

ФИЗИКАЛНИ ПРЕГЛЕД			
Тјелесна тежина:_____ Тјелесна висина:_____ БМИ _____		Да ли је у скорије вријеме имао/ла губитак тежине? ☐ Да ☐ Не Ако је одговор Да, колики је био губитак:_____	
Температура и начин мјерења _____	Пулс/мин._____ Крвни притисак: Десна рука_____ Лијева рука_____	Срчани ритам ☐ Нормалан ☐ Успорен ☐ Убрзан	Циркулација ☐ Добра ☐ Лоша
Покретљивост			
Глава/врат ☐ Добра ☐ Лоша ☐ Нема			Дисање ☐ Нормално ☐ Успорено ☐ Убрзано
Горњи екстремитети ☐ Добра ☐ Лоша ☐ Нема			Кожа, изглед и промјене _____ _____
Доњи екстремитети ☐ Добра ☐ Лоша ☐ Нема			Процјена притиска (Барден скала – скор) _____
Легенда:			Слузница:
Легенда: Д = Декубитус Е = Едем Х = Хематом Р = Оштећено ткиво			Абдомен _____ Грудни кош _____
Лијекови које узима:			
Описати – Колико здравствено стање пацијента утиче на његову функционалну способност:			

СЕСТРИНСКА ДИЈАГНОЗА					
Процјена	**Дијагноза**	**Циљеви**	**Исходи**	**Интервенција**	**Евалуација**

Образац 1. Сестринска процјена за његу у кући (наставак)

СЕСТРИНСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ					
☐ Одржавање личне хигијене	☐ Стављање пацијента у одговарајући положај	☐ Превенција компликација дуготрајног лежања	☐ Едукација пацијента и породице		
Примјена терапије					
☐ Парентерално по налогу доктора медицине	☐ Локално	☐ Перорално	☐ Превијање ране 1. и 2. степена		
☐ Превијање ране 3. и 4. степена	☐ Њега декубиталне ране	☐ Катетеризација мокраћног мјехура код жена	☐ Збрињавање интестиналне стоме		
☐ Збрињавање стоме мокраћног система	☐ Примјена клизме	☐ Храњење преко назогастричне сонде/гастростоме	☐ Узимање узорака за лабораторијске претраге		
☐ Сестринске интервенције код терминалног болесника	☐ Примјена оксигенотерапије	☐ Процјена боле	☐ Мјерење виталних параметара		
☐ Испирање желуца	☐ Сукција	☐ Вјежбе покретљивости	☐ Рехабилитациона терапија		
☐ Физикална терапија	Остало:				
Додатна запажања о пацијенту:					
Датум:_____	Име и презиме медицинске сестре – техничара _____ Потпис:_____				

Образац 2. План здравствене неге

План здравствене неге

Име и презиме пацијента:
Име и презиме медицинке сестре – техничара:
Датум израде:

Процјена	Сестринска дијагноза	Циљеви/ Исходи	Интервенције	Образложење	Евалуација

ЛИТЕРАТУРА

Правилник о начину пријављивања, прикупљања и праћења нежељених реакција на лијекове. („Службени гласник Босне и Херцеговине“, бр. 58/12).

Правилник о збрињавању фармацеутског отпада. („Службени гласник Републике Српске“, бр. 23/11).

Правилник о управљању медицинским отпадом. („Службени гласник Републике Српске“, бр. 9/ 15).

Правилник о обрасцу документа о кретању отпада и упутству за његово попуњавање („Службени гласник Републике Српске“ бр, 21/15).

Правилник о методологији прикупљања података о отпаду и њиховој евиденцији. („Службени гласник Републике Српске“ бр, 71/15).

Правилник о категоријама, испитивању и класификацији отпада. („Службени гласник Републике Српске“бр, 19/15, 79/18).

Правилник о мјерама за спречавање и сузбијање инфекција у вези са пружањем здравствених услуга. („Службени гласник Републике Српске“ бр, 118/18).

Хрватски национални стандарди прања и одржавања рубља у клиничким и болничким здравственим установама. Загреб; 2018.

Правилник о начину потврђивања мјера заштите ради срјечавања озљеде оштрим предметом и изложености крви. („Народне новине Републике Хрватске“, бр. 84/13).

Правилник о имунизацији и хемиопрофилакси против заразних болести. („Службени гласник Републике Српске“ бр, 2/19).

Правилник о условима за почетак рада здравствених установа. („Службени гласник Републике Српске“, бр. 53/17).

Правилник о условима прописивања и издавања лијека. („Службени гласник Републике Српске“, бр. 116/12; 88/17; 93/17).

Закон о апотекарској дјелатности. („Службени гласник Републике Српске“, бр, 119/08; 1 /12; 33/14.

Закон о управљању отпадом. („Службени гласник Републике Српске“, бр, 111/13; 106/15; 16/18; 70/20; 63/21).

Закон о здравственој заштити. („Службени гласник Републике Српске, бр. 106/09; 44 /15).

Закон о заштити становништва од заразних болести. („Службени гласник Републике Српске“., бр. 90/17; 98 /20).

Закон о заштити личних података. („Службени Босне и Херцеговине“, бр. 49/06; 76/11. 89/11).

Закон о лијековима и медицинским средствима. („Службени гласник Босне и Херцеговине“, бр. 58/08).

Жупанић. М, Турк. В, Изазови савременог сестринства. Зборник радова: конференција 29.–31. ожујка 2012. Опатија, Здравствено велеучилиште Загреб, Хрватска; 2012.

Мрзљак, В., Плузарић, Ј., Жарковић, Г., Бан, Д. Шварц,. С. Смјернице за поступке у здравственој њези болесника у кући. Хрватска комора медицинских сестара. Удруга медицинских сестара здравствене његе у кући; 2019

Авдић, М. Швракић, С. Пешевски, З. Бајрамовић, Е. Јахић, Е. Водич за његу дијабетичног стопала. Сарајево; 2009.

Bagui, S., Long, T., and Bagui, S. Selecting the Optimal Morse Falls Scale Cut-Off Point for Patient Fall Risk. Health. 11:924-931; 2019.

Aprahamian, I., Martinelli, JE., Neri, AL., Yassuda, MS. The Clock Drawing Test: A review of its accuracy in screening for dementia. Dement. Neuropsychol. 3(2):74-81; 2009.

Цвртила, С., Цајхен, А., Крушлин, Ј. Примјена перкутане гастростоме за нутритивну сигурност болесника тијеком медицинске рехабилитације. Сестрински гласник. 25: 45-9; 2020.

Цуцић, В., Симић, С., Бјеговић, В., Вуковић Д,. Ерић-Маринковић Ј., Јелача П. и др. Терминолошки речник квалитета у здравству. Београд: Медицински факултет Универзитета у Београду; 2000.

Doyle, G.R., and McCutcheon, J.A. Clinical procedures for safer patient care. Bccampus; 2015. Доступно на: https://opentextbc.ca/clinicalskills/ (Приступано 12. јануар 2022.)

Егељић Михаиловић, Н., Павловић, Ј., Јовић, Д., Кнежевић, Д. Повезаност субјективног осјећаја задовољства и квалитета живота старих особа. Биомедицинска истраживања. 11(2):126–135; 2020.

Егељић Михаиловић, Н., Јанковић, М., Врањеш, С., Маринковић, С., Антонић, Д., Штрбац, С., и сар. Приручник стандардних оперативних поступака у сестринству за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите. Бања Лука, Фондација фами; 2020.

Галић, Д., Омановић, С., Крталић, П., Махмутбеговић Х., Љевак И., Крако И., и сар. Стандардне оперативне процедуре здравствене његе у примарној здравственој заштити: (поливалентна патронажа/сестринство у заједници), II дио, Сарајево, Фондација фами; 2019.

Галић, Д., Омановић, С., Крталић, П., Махмутбеговић, Х., Овчина, Д., Блаж, С. и сар. Стандардне оперативне процедуре здравствене његе у примарној здравственој заштити. Дио 1. Сарајево: Фондација фами; 2017.

Галић, С., Томасовић Мрчела, Н., Бараћ, И., Чизмар, Ј., Дравински, С., Ершек, Љ., и сар. Приручник из геронтологије, геријатрије и психологије старијих особа – психологије старења. „SENIORS CARE: Start Education Now to Increase Overall Responsibility for Seniors Care". Осјек; 2013.

Ganz, DA., Latham, NK. Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults. N Engl J Med. 382(8):734-743; 2020.

Храстински, Н. Салопек, М. Едукација болесника и обитељи. Клиничка болница „Сестре милосрднице". Загреб; 2008

Hughes, R.G. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.

Huggins, K. The Nursing Mother's Quick Reference Guide And Planner: Essential Breastfeeding Information For Mothers With New Babies. Harvard Common Press, 2022.

Lauwers, J., Swisher, A. Counnseling the nursing mothers: A lactation consultant's guide, Jones&Bartlett Learning LLC. 5th ed.; 2011.

Мардешић, Д. и сар. Педијатрија. 8. изд. Загреб, Школска књига. стр. 25–44; 2016

Вишић, Д. Превенција и промоција здравља. Свеучилиште у Сплиту, постдипломски свеучилишни студиј сестринства. Сплит; 2018.

Вулетић, С. Шогорић, С. Малатестинић, Ђ. Божићевић, И. Процјена здравља и здравствених потреба популације – јавноздравствена пракса у Хрватској данас. Загреб; 2010.

Нежић, Л., Шкрбић, Р., Стојисављевић Шатара, С., Стојковић, Н., Вујић Алексић, В., Царић Б., и сар. Клиничка фармакологихја у геријатрији. Медицински факултет, Универзитет у Бањој Луци, 2018.

National Health System (NHS). Infection Prevention and Control Assurance – Standard Operating Procedure 33 (IPC SOP 33): Safe use of in-patient laundry facilities. Black Country Partnership. NHS. NHS Foundation Trust; 2019. Доступно на: https://www.bcpft.nhs.uk/about-us/our-policies-and-procedures/i/2129-infection-prevention-and-control-assurance-sop-33-safe-use-of-in-patient-laundry-facilities/file. (Приступано: 15. јануар 2021)

Ђурковић, П (ed.). Сестринске процедуре. Београд: Дата статус; 2010.

Institute of Medicine. Preventing medication errors. Washington, DC: National Academy Press; 2007.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

Nežić, L., Škrbić, R., Stojisavljević Šatara, S., Stojković, N., Vujić Aleksić, V., Carić B., i sar. Klinička farmakologihja u gerijatriji. Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci, 2018.

New York State Development of Health, Uninsured Care Progamms. Nursing Assesment for Home Care. 2015 Доступно на: https://www.health.ny.gov/forms/nursing_assess_home_care.pdf. (Приступано: 25. март 2021).

Osborne, W. Swash, C. White, M. Matby, E. Lowther, C. Tomsett, G. and et.al. Stoma Care National Clinical Guidelines. Association of Stoma Care Nurses UK (ASCN UK); 2016. Доступно на: https://ascnuk.com/_userfiles/pages/files/national_guidelines.pdf. (Приступано: 10. фебруара 2021.)

Павлов, Н. Интервенције патронажне сестре у нези пупчаног патрљка и пупчане ране. Сестринска реч. 18(67–68):16–18; 2014.

Phelan, EA., Mahoney, JE., Voit, JC., Stevens JA. Assessment and management of fall risk in primary care settings. Med Clin North Am. 99(2):281–293; 2015.

Potter, PA., Perry, AG., Stockert, PA. Fundamentals of Nursing, 10th Edition. Elsevier 2021.

Сошић, М., Вулетић, В., Томић, З. и Богдановић, Н. Дијагностички и терапијски приступ пацијенту с когнитивним сметњама. Медицина Флуминенсис 2018, 54 (2):140–154.

Станић, Р., Рамадани, Р., Костић, С. Нега, дијагностика, исхрана и терапија у неонатологији. Завод за уџбенике Београд, 2010.

Стојковић Ивковић, М. Благи когнитивни поремећај – значај раног откривања и лечења. Сестринска реч 2017, 21(74): 24–6.

Швракић, С. Вуковић, С. Бајрамовић, Е. Пешевски, З. Водич за превенцију и лијечење декубитуса. Министарство здравства Кантона Сарајево. Институт за научноистраживачки рад и развој Клиничког центра Универзитета у Сарајеву. Сарајево; 2009.

Агенција за лијекове и медицинска средства Босне и Херцеговине. Списак фармацеутских облика; 2019. Доступно на: http://www.almbih.gov.ba/dokumenti/vodici/ (Приступано: 21. април 2021).

Агенција за лијекове и медицинска средства Босне и Херцеговине. Путеви примјене; 2017. Доступно на: http://www.almbih.gov.ba/dokumenti/vodici/. (Приступано: 21. април 2021.)

Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске. Стандарди за сертификацију за домове здравља; 2013. Доступно на: https://www.askva.org/sertifikacija/sertifikacioni–standardi.html (Приступано: 10. јануар 2021).

Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске. Стандарди за сертификацију за амбуланте породичне медицине; 2012. Доступно на: https://www.askva.org/sertifikacija/sertifikacioni–standardi.html (Приступано: 10. јануар 2021).

Alberta Health Services. Gloves use and Selection: Best practice reccomendations. 2020. Доступно на: https://www.albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/ipc/if–hp–ipc–glove–use–selection.pdf. (Приступано: 15. март 2021.)

American Academy of Pediatrics, Thrush and Other Candida infections, October 2020. Доступно на: https://www.healthychildren.org/English/health–issues/conditions/infections/Pages/Thrush–and–Other–Candida–Infections.aspx (Приступано: 15. фебруар 2021.)

Aprahamian, I., Martinelli, JE., Neri, AL., Yassuda, MS. The Clock Drawing Test: A review of its accuracy in screening for dementia. Dement. Neuropsychol. 3(2):74–81; 2009.

Augusta University Health. Patient Safety Event Reporting Policy. Augusta University Health. Policy No: 379. version 3; 2019. Доступно на: https://www.augusta.edu/facilities/health–safety/documents/safety–event–reporting–policy.pdf. Приступано: (14. јануара 2022.)

Australian Medicare Local Alliance. Nurse Home Visit (NHV) Guidelines. APNA– Supporting nurses in primary health care; 2015. Доступно на: http://healthypractices.apna.asn.au/wp–content/uploads/2015/03/Nurse–home–visit–guidelines.pdf. (Приступано: 25. март 2021).

Bliss, D. Management of Fecal Incontinence for the Advanced Practice Nurse: Under the auspices of the International Continence Society. Springer, 2018. (eBook) Доступно на: https://doi.org/10.1007/978–3–319–90704–8. (Приступано: 30. јун 2021.)

Briggs, JK. Telephone Triage Protocols for Nurses. Wolters Kluwer. 5th edition; 2016.

Cables and Sensors. 12–Lead ECG Placement Guide with Illustrations. Доступно на: https://www.cablesandsensors.eu/pages/12–lead–ecg–placement–guide–with–illustrations. (Приступано: 14. април 2021.)

Carter, D. Harker, G. Shallow, S. Waller,S. Stoma Care for health Care Assistants. SecuriCare (Medical) Ltd; 2008. Доступно на: https://www.securicaremedical.co.uk/media/Stoma–Care–for–HCAs.pdf. (Приступано: 10. фебруара 2021.)

Centers for Disease Control and Prevention. Casadei, K., Kiel J. Anthropometric Measurement. [Updated 2020 Apr 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan–. Доступно на: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537315/ (Приступано: 18. јануар 2021.)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC's STEADI tools and resources can help you screen, assess, and intervene to reduce your patient's fall risk. Доступно на: https://www.cdc.gov/steadi/materials.html. (Приступано: 6. март 2021.)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Growth Charts. Доступно на: https://www.cdc.gov/growthcharts/index.htm. (Приступано: 11 јануар 2021.)

Centres for Diseases Control and Prevention (CDC). Use Personal Protective Equipment (PPE) When Caring for Patients with Confirmed or Suspected COVID–19. Доступно на: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019–ncov/downloads/A_FS_HCP_COVID19_PPE.pdf. (Приступано: 02. фебруар 2021)

Centres for Diseases Control and Prevention (CDC). Sample blood and Body Fluide Exposure Report Form. CDC. Доступно на: https://www.cdc.gov/sharpssafety/pdf/appendixa–7.pdf. Приступано: (14. јануара 2022.)

Centres for Diseases Control and Prevention (CDC). National Institute for Occupational Safety and Health. Occupation Hazards in Home Healthcare. CDC. Department for Health and Human Services; 2010. Доступно на: https://www.cdc.gov/niosh/docs/2010–125/pdfs/2010–125.pdf. (Приступано: 25. март 2021

Centres for Diseases Control and Prevention (CDC). Community Needs Assessment. CDC; 2013. Доступно на: https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/15/community–needs_pw_final_9252013.pdf. (Приступано: 10. јуна 2021)

Centres for disease controle and prevention (CDC). 2019. Facemask Do's and Don'ts For Healthcare Personnel, dostupno na: Using Personal Protective Equipment (PPE) | CDC

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guide to infection prevention for outpatient settings: minimum expectations for safe care. Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta (GA); 2016. Доступно на: https://www.cdc.gov/hai/settings/outpatient/outpatient–care–guidelines.html. (Приступано 24. мај 2021).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and ICAN. Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities in Resource–Limited Settings. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; Cape Town, South Africa: Infection Control Africa Network; 2019. Доступно на: https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource–limited/index.html (Приступано 11. мај 2021).

Emergency Nutrition Network (ENN). London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Save the children. GOAL. C–MAMI Tool. Community Management of At risk Mothers and Infants under six months of age (C–MAMI). Context of tool development. Version 2.0. Irish Aid (ENN) and Save the children; 2018 Доступно на: https://www.ennonline.net/attachments/2897/C–MAMI–Tool–Total–C–MAMI–Package–.pdf. (Приступано: 01. decembar 2021)

Еуропски центар за спречавање и контролу болести (ECDC). Смјернице о ношењу и скидању особене заштитне опреме у здравственим установама за скрб о особама за које се сумња или је потврђено да имају COVID–19. Stockholm: ECDC;

2020. Доступно на: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Protective%20equipment_HR_0.pdf. (Приступано: 15. март 2021)

Ђурић, П. Бркић, С. Ћосић, Г. Петровић, В. Илић, С. Контрола и превенција крвнопреносивих инфекција у здравственим установама. Институт за јавно здравство Војводине. Центар за контролу и превенцију болести. Доступно на: http://izjzv.org.rs/dokumenta_obrasci/Krvno%20prenosive%20infekcije/Kontrola_i_prevencija_krvnoprenosivih_infekcija_u_zdravstvenim_ustanovama.pdf. Приступано: (14. јануара 2022.)

Ganz, DA., Latham, NK. Prevention of Falls in Community–Dwelling Older Adults. N Engl J Med. 382(8):734–743; 2020.

Geriatric Depression Scale: Short Form English: Доступно на: https://geriatrictoolkit.missouri.edu/cog/GDS_SHORT_FORM.PDF. (Приступано: 09. септембар 2021.)

Guy, Sh. Lyons, M. Intravenous Therapy and Peripheral Cannulation Policy. NHS. Southern Health. NHS Foundation Trust; 2017

Heatlh Services Executive (HSE). Guideline for the assessment, promotion and management of continence in adults by registered nurses. HSE; 2019. Доступно на: https://www.hse.ie/eng/services/list/2/primarycare/community–funded–schemes/continence/healthcare–professionals/guideline–assessment–promotion–and–management–of–continence–in–adults–2019.pdf. (Приступано: 29. јун 2021.)

Heatlh Services Executive (HSE): Baseline (Level 1) assessment and management of bladder and bowel function. HSE Доступно на: https://www.hse.ie/eng/services/list/2/primarycare/community–funded–schemes/continence/healthcare–professionals/baseline–assessment–and–management–of–bladder–and–bowel–function.pdf. (Приступано: 29. јун 2021.)

Хрватски завод за јавно здравство (ХЗЈЗ). Рационална упораба заштитне опреме (ОЗО) за коронавирусну болест (COVID–19). ХЗЈЗ; 2020. Доступно на: https://www.hzjz.hr/wp–content/uploads/2020/03/racionalna–uporaba–OZO–zadnje.pdf. (Приступано: 15. фебруар 2021)

Институт за јавно здравство Републике Српске (ИЈЗ). Рационална употреба личне заштитне опреме у контексту COVID–19. ИЈЗ; 2020. Доступно на: https://www.phi.rs.ba/pdf/sadrzaj/Racionalna%20upotreba%20licne%20zastitne%20opreme%2012.11.2020.pdf. (Приступано: 15. фебруар 2021)

Institute for Safe Medication Practices. List of error prone abbrevations; 2021. Доступно на: https://www.ismp.org/recommendations/error–prone–abbreviations–list. (Приступано 12. јануар 2022).

Institute for Safe Medication Practices. High alert medications in community/ambulatory care settings; 2021. Доступно на: https://www.ismp.org/recommendations/high–alert–medications–community–ambulatory–list. (Приступано: 15. фебруар 2021).

Institute for Safe Medication Practices. FDA and ISMP lists of look–alike drug names with recommended tall man letters; 2016. Доступно на: https://www.ismp.org/recommendations/tall–man–letters–list. (Приступано 15. фебруар 2021).

Irish Stoma Care and Colorectal Nurses Association (ISCCNA) Ireland. Practice Standards of Stoma Care. ISCCNA Ireland. 2nd edition; 2016.

ЈЗНУ Дом здравља са поликлиником „Др Мустафа Шеховић" Тузла. Процедура пријема и обраде пупка код новорођенчета., 2016. Доступно на: http://www.akaz.ba/udoc/obrada20pupka.pdf. (Приступано: 02. фебруар 2021.)

Калениh, С. Будимир, А. Бошњак, З. Ацкета. Л. Белина, Д. и други. Смјернице за хигијену руку у здравственим установама. Лијечнички вјесник. 133; 155–170; 2011.

Корпар, М. Ентерална прехрана болесника са перкутаном ендоскопском гастростомом. Завршни рад 2018. Доступно на: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:954184. (Приступано: 29. март 2021.)

Le Ber, F.Guidelines and Standard Operating Procedures: The Management of Urinary Catheterisation (Adults). FamilyNursing & HomeCare; 2021. Доступно на: https://www.fnhc.org.je/media/43451/fnhc–urinary–catheter–care–guidline–update–2020.pdf. . (Приступано: 15. март 2021)

Lauwers, J., Swisher, A. Counnseling the nursing mothers: A lactation consultant's guide, Jones&Bartlett Learning LLC. 5th ed.; 2011.

Мардешић, Д. и сар. Педијатрија. 8. изд. Загреб, Школска књига. стр. 25–44; 2016.

Mc Donnell, N. Coughlan, P. Sheahan, H. Section 9: Laundry. In: Guidelines on Infection Prevention and Control for Cork Kerry Community Healthcare. Cork Kerry Community Healthcare; 2017 Доступно на: https://www.hse.ie/eng/about/who/healthwellbeing/infectcont/sth/gl/ipcc–guidelines–section–9.pdf. (Приступано: 15. јануар 2021)

Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch–Ellett, L., Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatrics. 17(1):230; 2017.

Милутиновић, Д., Аранђеловић, Б., Репи, Г. Пулсан оксиметрија – Клиничка примена и ограничења. Инспиријум 2015. УДК: 616.15–008.7–072:546.21. Доступно на: https://scindeks–clanci.ceon.rs/data/pdf/2217–656X/2015/2217–656X1513016M.pdf. (Приступано: 18. јануар 2021.)

Милутиновић, Д., Брестовачки, Б., Мимица, М., Бокоњић, Д. Практикум сестринских вјештина. Медицински факултет Фоча, 2010.

Ministry of Health New Zealand. Reportable Events: Guidelines. Ministry of Health New Zealand; 2001. Доступно на: https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/reportableevents.pdf. Приступано: (14. јануара 2022.)

Nursing Answers.net. Support for Nursing Students. All Answers. (November 2018). Measuring and Recording the Vital Signs. Retrieved from. Доступно на: https://nursinganswers.net/lectures/nursing/health–observation/3–detailed.php?vref=1. (Приступано: 13. јануар 2021.)

Народни здравствени лист. Кад не може на уста. Доступно на: http://www.zzjzpgz.hr/nzl/94/unjetno_hranjenje.htm. (Приступано: 30. март 2021.)

National Institutes of Health. National Library of Medicine. Thrush in Newborns, October 2020. Доступно на: https://medlineplus.gov/ency/article/007615.htm. (Приступано: 15. фебруар 2021.)

National Institutes of Health. National Library of Medicine. Cognitive testing. Доступно на: https://medlineplus.gov/lab–tests/cognitive–testing/. (Приступано: 18. март 2021.)

National Health System (NHS). The Hillingdon Hospitals. Your Guide toTube Feeding at Home. Доступно на: https://www.thh.nhs.uk/documents/_Patients/PatientLeaflets/dietetics/Your_guide_to_tube_feeding_at_home.pdf. (Приступано: 29. март 2021.)

Nationan Health System (NHS). Umbilical Cord Care Guideline. V3, Feb 2018. Final version. Reviewed in May 2018 and approved by Thames Valley and Wessex Neonatal ODN, Lead Nurses and Practice Educators Group. Доступно на: https://southodns.nhs.uk/wp–content/uploads/2018/10/Umbilical–Cord–Care–Guideline.–V3–Feb–2018.–Final–Version..pdf. (Приступано: 02 фебруар 2021.)

National Institute for health and Care Excellence (NICE). Care of dying adults in the last days of life. NICE; 2015. Доступно на: https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care–of–dying–adults–in–the–last–days–of–life–pdf–1837387324357. Приступано: (17.март 2021.)

National Institute for health and Care Excellence (NICE). Emergency treatment of anaphylactic reactions: Guidelines for healthcare providers. Resuscitation Council (UK); 2008.

NephoCare. Компликације дијабетеса и дијабетско стопало. Доступно на: www.nephrocare.rs. (Приступано: 15. април 2021)

Nolan, JP. (ed.). Resuscitation Guidelines 2010 (Suppressed by 2015). Resuscitation Council (UK); 2010.

Nosan, G., Paro–Panjan, D. Umbilical cord care: national survey, literature review and recommendations. J. Matern. Fetal Neonatal Med. 30(14):1655–1658; 2017.

Nurseslabs: Bowel Incontinence. Nursing Care Plan. Доступно на: https://nurseslabs.com/bowel–incontinence/. (Приступано: 02. јул 2021.)

Nurseslabs. Nursing Care Plans (NCP). Ultimate Guide and Database. 2021 Доступно на: https://nurseslabs.com/nursing–care–plans/. (Приступано: 25. март 2021).

Queesland Governament Austarlia, Department of Health (2018). Peripheral intravenous catheter (PIVC). Доступно на: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0025/444490/icare–pivc–guideline.pdf. Приступано: (15.март.2021.)

Queensland Government. Department of Health. Peripheral intravenous catheter. Queensland Government; 2018. Доступно на: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0025/444490/icare–pivc–guideline.pdf. (Приступано: 10. јуна 2021)

Raheja, Ch. Ed. Telephone Nurse Triage Handbook: A Convenient Handbook Guide for Providers. TriageLogic Groupe; 2015

Ritter, J. Rang and Dale's Pharmacology. Edinburgh: Elsevier; 2020.

Robets, T., Smelt, C., Castleton, C. Eds. Care Planning: Local Working Agreement and Toolkit for Care Homes in Sheffield. Sheffield Teaching Hospitals. NHS Fondation Trust. 2015. Доступно на: https://www.sheffieldccg.nhs.uk/Downloads/Our%20strategy/Care%20Home%20Resources/Care%20planningToolkit%20for%20Care%20Homes%20in%20Sheffield.pdf. (Приступано: 25. март 2021).

Royal College of Nursing. Bladder & Bowel Care. Доступно на: https://rcni.com/hosted–content/rcn/continence/introduction. (Приступано: 02. јул 2021.)

Royal College of Nursing. Catheter Care: RNC Guidance for Health Care Professionals. London: Royal College of Nursing; 2019 Доступно на: https://www.rcn.org.uk/publications/july. (Приступано: 15. март 2021)

Rutala, W.A., Weber, D.J., and HICPAC. Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities. Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta (GA); 2008. Доступно на: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/ (Приступано: 10. мај 2021).

Sapra A., Malik A., Bhandari P. Vital Sign Assessment. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; May 23, 2020. Доступно на: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553213/. (Приступано: 15. јануар 2021.)

Schaper, NC. van Netten, JJ. Apelqvist, J. Bus, SA. Hinchliffe, RJ. Lipsky. BA. Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update). Diabetes Metab Res Rev. 36(S1): e3266; 2020

Schmitt–Tompsno Clinical Content. Office–House Telephone Triage Protocols User's Guide 2021. 2021. Доступно на: http://www.cleartriage.com/wp–content/uploads/STCC–OH–Users–Guide.pdf. (Приступано: 25. март 2021).

Sehulster, L.M., Chinn, R.Y.W., Arduino, M.J., Carpenter, J., Donlan, R., Ashford, D. et al. Guidelines for environmental infection control in health–care facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Chicago IL; American Society for Healthcare Engineering/American Hospital Association; 2004.

Shirley Ryan AbilityLab. Clock Drawing Test. In: Rehabilitation Measures Database. Доступно на: https://www.sralab.org/rehabilitation–measures/clock–drawing–test. (Приступано: 09. септембар 2021.)

Snowie, E. Anaphylaxis Guidelines. FamilyNursing&Home Care; 2015. Доступно на: https://www.fnhc.org.je/media/42942/app–5–anaphylaxis–guidelines.pdf. (Приступано: 10. јануар 2021.)

The Hartford Institute for Geriatric Nursing. New York University. College of Nursing Best Practices in Nursing Care to Older Adults, , Доступно на: www.hign.org. (Приступано: 09. септембар 2021.)

The Queen's Nursing Institute. Nursing People at Home: The issues, the story, the action. 2016. Доступно на: https://www.qni.org.uk/wpcontent/uploads/2016/09/nursing_people_at_home.pdf. (Приступано: 25. март 2021).

Torp, KD., Modi, P., Simon, LV. Pulse Oximetry. [Updated 2020 Jul 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. Доступно на: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470348/. (Приступано: 18. јануар 2021.)

Удружење доктора породичне медицине Републике Српске, Клинички водичи у породичној медицини: Гојазност код одраслих, Република Српска. Бања Лука. Доступно на: https://www.porodicnamedicina.com/images/vodici/21–4–gojaznost–kod–odraslih.pdf. (Приступано 15. април 2021.)

Вијеће Европе, Комитет министара. Препорука о одредба за аутоматизоване податке банке медицинских података. Вијеће Европе. број P (81) 1; 1981. Доступно на: http://azlp.ba/propisi/Default.aspx?id=5&langTag=bsBA&template_id=149&pageIndex=1. (Приступано: 15. априла 2021.)

Вијеће Европе, Комитет министара. Препорука о заштити медицинских података. Вијеће Европе. број P (97) 5; 1997. Доступно на: http://azlp.ba/propisi/Default.aspx?id=5&langTag=bsBA&template_id=149&pageIndex=1. (Приступано: 15. априла 2021.)

Ward, KT., Reuben, DB., Schmader, KE. Sullivan, DJ. Comprehensive geriatric assessment. UpToDate; 2017. Доступно на: https://www.uptodate.com/contents/comprehensive–geriatric–assessment. (Приступано: 10. септембар 2021.)

Wellard, J. Godfrey, J. Prevention of intravenous Device Related Infections. NHS. Mid and South Essex. University Hospital Group; 2020.

Wheatley I. Respiratory rate 3: how to take an accurate measurement. Nursing Times. 114;7,21–22; 2018. Доступно на: https://cdn.ps.emap.com/wp–content/uploads/sites/3/2018/06/180627–Respiratory–rate–3–how–to–take–an–accurate–measurement–1.pdf. (Приступано: 16. јануар 2021.)

Wiltjer, H., Kendall, N. Assessment of older people 4: Assessing the psychological domain. Nursing Times. 115: 8, 44–48; 2019.

Working Group of the Resuscitation Council (UK). Emergency treatment of anaphylactic reactions Guidelines for healthcare providers. Resuscitation Council (UK); 2008.

World Health Organization (WHO). Child growth standards. Доступно на: https://www.who.int/tools/child–growth–standards (Приступано: 26. децембар 2020.)

World Health Organisation (WHO). Combined course on growth assessment and IYCF counselling. Geneva. WHO, 2012.

World Health Organization. Decontamination and reprocessing of medical devices for health–care facilities; 2016. Доступно на: https://apps.who.int/iris/handle/10665/250232. (Приступано 10. мај 2021).

World Health Organization (WHO). Global health and aging. National Institute on Aging, U.S. Department of Health and Human Services NIH Publication no. 11–7737. Geneva: World Health Organization; 2011. Доступно на: www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf. (Приступано: 10. септембар 2021.)

World Health Organization (WHO). Infection prevention and control health–care facility response for COVID–19. WHO; 2020. Доступно на: https://apps.who.int/iris/handle/10665/336255. (Приступано: 02. фебруар 2021)

World Health Organization (WHO). Minimum requirements for infection prevention and control; 2019. Доступно на: https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945 (Приступано 20. мај 2021).

World Health Organization (WHO). Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide; 2016. Доступно на: https://apps.who.int/iris/handle/10665/255642 (Приступано 1. јул 2021).

World Health Organization (WHO). 2009. Patient Safety: A World Alliance for Safer Health Care, Gloves Use Information Leaglet, dostupno na: https://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf.

World Health Organization (WHO). Strengthening infection prevention and control in primary care: a collection of existing standards, measurement and implementation resources; 2021. Доступно на: https://www.who.int/publications/i/item/9789240035249 (Приступано 22. мај 2021).

World Health Organization (WHO). Safe management of wastes from health–care activities: a summary; 2017. Доступно на: https://apps.who.int/iris/handle/10665/259491 (Приступано 3. јул 2021).

World Health Organization (WHO). WHO guideline on the use of safety–engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health care settings; 2016. Доступно на: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44298 (Приступано 15. септембар 2021).

World Health Organization (WHO). WHO best practices for injections and related procedures toolkit; 2010. Доступно на: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44298 (Приступано 15. септембар 2021).

Ова публикација објављена је у оквиру Пројекта јачања сестринства у Босни и Херцеговини, којег подржава Влада Швајцарске, а спроводи конзорцијум *Фондације фами* и Женевске универзитетске болнице. Садржај ове публикације не одражава нужно ставове Владе Швајцарске.

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Švicarska agencija za razvoj i saradnju SDC