

1.A CIRCUITE FUNCTIONALE ALE SPITALULUI

= sensul de circulatie in interiorul unitatii sanitare al materialelor si instrumentelor

Circuitul septic este sensul de circulatie care indica introducerea germenilor patogeni in interiorul unitatii sanitare

Circuitul aseptice este sensul de circulatie care asigura conditiile de protectie impotriva infectiilor, in interiorul unitatii sanitare

Cele 2 circuite trebuie sa fie separate.

Importante urmatoarele circuite:

- Circuitul de intrare si iesire a personalului
- Circuitul de primire a bolnavului in spital
- Circuitul lenjeriei
- Circuitul alimentelor si al veselei
- Circuitul instrumentelor si al materialelor
- Circuitul vizitatorilor

CURATENIA

= reprezinta indepartarea totala a prafului , murdariei si a produselor straine

= obligatorie inaintea aplicarii masurilor de dezinfectie si sterilizare

a. Intretinerea incaperilor (saloane, cabinete, grupuri sanitare, bai, sali pansamente, sali de operatie) - curatenia zilnica :

- o Curatarea - patului
 - saltelei
 - pernei
 - mobilierului
 - pertilor
 - chiuvetei
- o materiale folosite : cirpe, galeti, detergenti, spalator podele
- o se incepe cu spatiile curate
- o se face zilnic si ori de cite ori este nevoie

b. Curatenia pacientului consta **in baie** facuta in mod regulat cu - apa,

- sapun,
- spalare parului,
- schimbarea lenjeriei

c. Curatenia personalului sanitar presupune spalarea miinilor si curatenia echipamentului de protectie

SPALAREA MIINILOR

Este cea mai importanta procedura pentru prevenirea infectiilor intraspitalicesti (miina principala cale de transmitere)

Tipuri de spalare pe miini :

- a. Spalare igienica de baza
- b. Spalare pentru decontaminare
- c. Spalare chirurgicala

a. Spalarea igienica a minilor:

- inainte si dupa contactul cu un pacient sau cu un obiect cu care se ingrijeste pacientul
- inaintea folosirii materialului steril
- inaintea interventiilor asupra corpului pacientului (injectii, perfuzii, alimentatie
- dupa atingerea unei parti a corpului, posibil contaminata cu microbi
- dupa miinuirea secretiilor si excretiilor pacientului (urina, fecale, sange)

- după scoaterea mâinilor de lucru
- la sfârșitul programului de muncă

Tehnica de spălare a mâinilor ;

< se folosește apă curentă

 săpun

 periuță

< spălarea durează 2 minute

< se face pe toată suprafața mâinilor , inclusiv pe spațiile interdigitale

Uscarea mâinilor: - cu prosop de unică folosință

- hârtie absorbantă
- aer cald

b. Spălarea pentru decontaminare

Indicații :

- după infirijirea pacientului cu boli infecțioase
- după contactul cu material infectat (urină, fecale, sînge, spută)
- după activități de curățire a instrumentelor(e bine să se folosească mănuși)

Tehnica de spălare :

- se execută spălarea de fond a mâinii cu apă, săpun, periuță și se usucă
- apoi se aplică de 2 x 5 ml soluție dezinfectantă (alcool), după care nu se mai usucă mâna
- dezinfectia mâinilor trebuie făcută de : > personalul medical
 - > vizitatori
 - > pacienți

2. Reguli de utilizare a antisepticelor :

- notarea pe flacon a datei de deschidere
- respectarea duratei de utilizare a produsului după deschidere
- închiderea flaconului după fiecare manipulare
- respectarea indicațiilor de utilizare și a prescripțiilor producătorului
- evitarea amestecului antisepticelor din clase chimice diferite
- respectarea termenului de valabilitate
- limitarea cantităților de antiseptice stocate pe secții sau cabinete
- folosirea de preferință a antisepticelor ambalate în cantități mici
- se recomandă utilizarea produselor ambalate unitar, sterile și gata de utilizat mai ales pentru soluții apoase
- pregătirea soluțiilor antiseptice în condiții riguroase de antisepsie, cu utilizare extemporee
- manipularea cu precauție a flaconului antiseptic pentru a evita contaminarea conținutului
- nu se completează flaconul parțial gol aflat în uz cu cantitate nouă de produs
- nu este permisă utilizarea de recipiente goale de la produse alimentare sau de la produse dezinfectante pentru produse antiseptice
- pentru produsele la care producătorul recomandă utilizarea diluțiilor de apă, se vor utiliza exclusiv apă sterilă
- nu este permisă utilizarea apei de la robinet
- diluțiile de antiseptic se utilizează doar imediat înainte de utilizare și nu se păstrează mai mult de 24 ore
- aplicarea antisepticului se face numai după spălarea , clătirea și uscarea zonei respective

3. OBSERVAREA ȘI MASURAREA RESPIRAȚIEI

Scopul : evaluarea funcției respiratorii = indiciu important pentru evoluție, prognostic și apariția unor complicații

Ce se urmărește – frecvența

- ritmul
- amplitudinea
- tipul respirației

Materiale necesare

- ceas creion / pix de culoare VERDE
- foaia de temperatura

Interventiile asistentei

- aseaza pacientul in decubit dorsal, fara sa-I explice tehnica care urmeaza sa fie efectiata
- plaseaza mina dreapta cu fata palmara pe suprafata toracelui
- numara inspiratiile timp de 1 minut
- consemneaza valorile in foaia de temperatura : fiecare linie a foii reprezinta 2 respiratii
- se unesc cu o linie valoarea prezenta cu cea anterioara pentru obtinerea curbei
- curba respiratiei trebuie sa mearga paralel cu curba de temperatura si curba pulsului

4. Luarea pulsului :

- poate fi luat pe oricare artera accesibila palpatului, si care poate fi comprimata pe plan osos : radiala
temporala superficiala
carotida
humerala
femurala
pedioasa

-practica curenta la artera radiala = se numeste pulsul arterei radiale

-la luarea pulsului bolnavul in repaus fizic si psihic cel putin 5 -10 minute inainte (altfel valorile reale ar putea fi modificate)

-bratul bolnavului sa fie sprijinit pt ca muschiul antebratului sa se relaxeze

-se repereaza santul radial, pe extremitatea distala a antebratului in continuarea policelui

-in apropierea marginii externe a fetei anterioare a antebratului se afla un sant marginit de tendoanele muschilor flexori
radial a I carpului si brahioradialul. In profunzimea lor se gaseste artera radiala

-palparea pulsului se face cu virful degetelor index, mediu si inelar de la mina dreapta

-dupa ce s-a reperat santul lui, se va exercita o usoara presiune asupra peretelui arterial (egala aproximativ cu presiunea
interiorul vasului) cu cele 3 degete palpatoare pina ce se percep **zviciturile** pline ale pulsului

-se fixeaza mina cu ajutorul policelui cu care se imbratiseaza antebratul la nivelul respectiv

-uneori = variante anatomice => se cauta in tabachera anatomica

La **artera temporala superficiala** : deasupra si inafara unghiului temporal al fantei palpebrale, la o distanta de 3 -4 cm de
acesta

La **artera femurala** : in partea superioara a triunghiului Scarpa sub arcada crurala
se usureaza palparea daca se ridica soldul cu o pensa

La **artera pedioasa** : pe fata dorsala a piciorului ,deasupra primului spatiu intermetatarsian pe traiectoria arterei

La **artera carotida** : la git in spatiul format intre marginea anterioara SCM si laringe

5 HIPERTERMIA

cauzeaza – fie unei cresteri a producerii de caldura

- fie unei reduceri a pierderilor de caldura

cauzele care duc la aparitia hipertermiei determina modificari in metabolismul organismului=> aparitia de fenomene

patologice:

- cefalee
- dureri ale extremitatilor si spatelui
- accelerarea pulsului si respiratiei
- congestii fetei
- inapetenta
- limba uscata
- oligurie
- urini concentrate
- stare generala alterata

- tulburari nervoase => => tulburati ale stati de cunostinta

Totalitatea simptomelor = SINDROMUL FEBRIL

Dupa valoare febrei masurata in axila febra (sau reactia febrila) se imparte in :

- temperatur normal: 36 – 37 gr C
- temp subfebrila : 37 – 38 grC
- febra moderata : 38 – 39 gr C
- febra ridicata : 39 – 40 gr.C
- hiperpirexia 40 – 41 gr.C

Oscilatiile zilnice ale febrei asemanatoare cu ale temperaturii : dimineata mai joasa , seara mai crescuta

In evolutia febrei se disting mai multe perioade

Interventiile asistentei la pacientul cu hipertermie;

- aeriseste incaperea
- asigura imbracaminte lejera
- asigura scaderea febrei (comprese reci, impacxhetari reci, frectii)
- incalzeste pacientul in caz de frisoane
- adeministreaza medicatia recomandata : antitermice, antibiotice)
- serveste pacientul cu cantitati mari de lichide
- urmarese si calculeaza bilanteul ingesta – excreta/24 ore

6.Cintarirea sugarului

- se face dezbracat

- cind nu este posibil din greutatea obtinuta se scade greutatea hainelor si a

scutecului

- important ca in timpul cintaririi sugarul sa stea linistit (deoarece miscarile violente impiedica oscilatiile libere ale acului indicator)

- cind cintarirea se face numai pentru stabilirea cantitatii de lapte primite (la

entatia la sin)nu se scade greutatea lenjeriei ci se face doar diferenta dintre greutatea dinainte si dupa alimentatie.)

Copilul mai mare in mai grava care nu pot fi asezati pe cantar se cintaresc la mama sau asistenta in brate. Anterior
lterior se cintareste persoana in cauza si se face diferenta.

7. Calitati :

- sa fie comod

- sa prezinte dimensiuni potrivite care sa satisfaca atit cerintele de confort ale pacientului cit si ale personalului de ingijire

Dimensiuni : lungime 2 m

latime 80 – 90 cm

inaltimea de la dusumea la saltea 60 cm

- sa-i permita pacientului sa se poata misca in voie,

sa nu-i limiteze miscarile

sa poata la nevoie sa coboare din pat

sa poata sta in pozitie sezand, sprijinindu-si picioarele comod pe podea

- asistenta sau alt personal sa poata efectua tehnicile de ingrijire, investigatie si tratament cit mai comod

- usor de manipulat si de curatat – confectionat din tuburi usoare de metal , vopsite in alb , pentru a se putea curata usor,si frumos si pentru a se putea observa orice urma de necuratenie

- asezat pe rotite prevazute cu cauciucuri sau pe dispozitiv de ridicat prevazut

cu rotite.

- Calitatile somierei (partea principala a patului)

sa fie confectionata din sirma inoxidabila

sa fie puternica,elastica, bune intinsa pentru a nu ceda sub greutatea pacientului.

Suprafata patului trebuie sa-i mentina pozitia ei orizontala , indiferent daca patul este gol sau cu bolnav. Paturile cu somiere laxe sau slabe ofera bolnavului o suprafata concava care - l forteaza la pozitii obositoare. Suprafata, elasticitatea, rezistenta la tractiune si integritatea somierelor trebuie controlate dupa plecarea fiecarui bolnav si la nevoie date la reparat sau inlocuite.

Daca patul este mai scurt de de 2 m obliga bolnavul sa ia pozitii incomode (fie cu picioarele flectate, fie cu capul prea ridicat, fie in decubit lateral ghemuit, fara a se putea misca sau intinde dupa cum doreste)

Un pat strimt (mai mic de 80 -90 cm) limiteaza miscarile bolnavului – din cauza suprafetei mai reduse
- de tema de a nu cadea

Un pat cu latimea mai mare de 90 cm – ar incomoda manoperele de ingrijire, investigatii si tratament => personalul ar trebui sa aduca bolnavul la marginea patului sau sa solicite bolnavului deplasarea la marginea patului de fiecare data.

8.MOBILIZAREA PACIENTULUI

Scopul : mobilizarea pacientului pentru a preveni complicatiile
recistigarea independentei

Obiectivele urmarite :

- normalizarea tonusului muscular
- mentinerea mobilitatii articulare
- asigurarea starii de bine si independenta pacientului
- stimularea metabolismului
- favorizarea eliminarii de urina si fecale (se pot efectua mai usor inafara patului decit in prezenta altora si inpozitie culcata)
- stimularea circulatiei sanguine pentru – profilaxia trommbozelor
pneumoniilor
escarelor
contracturilor

9. Locul punctiei

- venele de la plica cotului (se formeaza un M venos prin anostomozarea lor)
- venele antebratului
- venele de pe fata dorsala a miinii
- venele subclaviculare
- venele femurale
- venele maleolare interne
- venele jugulare si epicraniene (mai laes la sugar si

10. RECOLTAREA URINEI

Scop : explorator – informeaza asupra starii functionale a rinichilor si a intregului o rganism

Pregatire : - materile – urinar sau plosca

- musama
- materiale pentru toaleta organelor genitale externe
- eprubete sterile sau alte recipiente in functie de examinari
- pacient - sa stie sa utilizeze numai recipientul gol si curat
- sa urineze fara defecatie
- sa verse imediat urina in vasul colector
- sa nu urineze in timpul toaletei

- se protejeaza patul cu musama
- se aseza plosca sub pacient
- se face toaleta OGE
- se indeparteaza plosca si se inlocuieste cu ala curata

Recoltarea urinei pentru examen sumar de urina :

- din urina obtinuta se trimite un esantion de 100 – 150 ml

Recoltarea urinei pentru urocultura:

- urocultura stabileste prezenta bacteriilor in urina
- se recolteaza urina de dimineata (concentrate mare de germeni)in absenta unui tratament cu perfuzii(din cauza efectului de dilutie)
- se recolteaza inainte de a incepe un tratament antibiotic
- prima cantitate de urina se elimina (aprx 50 ml) , apoi fara sa se intrerupa jetul se recolteaza aprx 5 ml int-o eprubeta
- se inchide recipientul si se transport repede la laborator

Recoltarea urinei prin sondaj vezical :

- se recolteaza atunci cind nu se reuseste din mijlocul jetului si cind punctia vezicala nu este dorita
- se folosesc sonde cu o singura cale (unidirectionala)

Ingrijirea ulterioara a pacientului :

- este ajutat sa se imbrace
- este asezat in pozitie comoda
- se aeriseste salonul