

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
ASOCIAȚIA DE NURSING DIN REPUBLICA MOLDOVA

STANDARDE DE ÎNGRIJIRI NURSING

pentru asistente medicale și moașe

Ediția a II-a

Chișinău — 2010

Standardele au fost aprobate de către Ministerul Sănătății, cabinetul metodic, Colegiul Național de Medicină și Farmacie, departamentul de Formare Profesională și Educație Continuă.

Grupul de experți:

1. Ala Manolache – Director, Colegiul Național de Medicină și Farmacie
2. Elena Stempovscaia – PhD, Președinte, Asociația de Nursing din Republica Moldova
3. Cecilia Badrajan – șef cabinet metodic, Ministerul Sănătății
4. Emilia Ungureanu – profesor Nursing, ANM
5. Elena Triboi – șef secție, Departamentul Formare profesională și Educație Continuă
6. Sergiu Simco – medic șef, IMSP Spitalul Clinic Municipal pentru Copii Nr.1
7. Svetlana Cobileanschi – Director adjunct, CNMF
8. Mariana Negrean - Director adjunct, CNMF
9. Rodica Friptu – șef catedră Nursing
10. Elena Bedicov – șef catedră Chirurgie
11. Ludmila Chitic – șef catedră Obstetrică și Ginecologie
12. Ludmila Botnariuc – metodist, profesor de pediatrie, CNMF
13. Svetlana Lungu – metodist, profesor de terapie, CNMF

Grupul de lucru:

1. Alexandra Vișoțchi – asistentă medicală șefă, IMSP Spitalul Clinic Republican
2. Maria Ursachi - asistentă medicală șefă, IMSP Spitalul Clinic Municipal Nr.1
3. Boboc Marina - asistentă medicală șefă, IMSP Spitalul Clinic Municipal pentru Copii Nr.1
4. Alina Comerzan - asistentă medicală șefă, IMSP Spitalul Clinic Municipal "Sf. Arhanghel Mihail"
5. **Elena Clipca** - asistentă medicală șefă, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
6. Veronica Adamache –Director de Nursing, Institutul de Neurologie și Neerochirurgie
7. Tatiana Colesnic – Director de Nursing, Institutul de Cardiologie
8. Viorica Purice – asistentă medicală superioară, secția Pediatrie, IMSP Spitalul Clinic Municipal pentru Copii Nr.1
9. Emilia Micleușanu - asistentă medicală superioară, secția Terapie Intensivă, IMSP Spitalul Clinic Municipal pentru Copii Nr.1
10. Svetlana Țelinschi – asistentă medicală superioară, secția Terapie, IMSP Spitalul Clinic Municipal pentru Copii Nr.1
11. Lilia Cociu - asistentă medicală superioară, secția de Pediatrie, IMSP Spitalul Clinic Municipal pentru Copii Nr.1
12. Larisa Belic - asistentă medicală superioară, secția Boli Interne, IMSP Spitalul Clinic Republican

CUPRINS

<i>Notă explicativă</i>	5
Capitolul I. Regimul sanitar antiepidemic.....	6
Capitolul II. Pregătirea pacientului pentru investigații.....	49
Capitolul III. Recoltarea materialului pentru investigații.....	78
Capitolul IV. Alimentația pacientului.....	108
Capitolul V. Administrarea medicamentelor.....	119
Capitolul VI. Transfuzia de sânge.....	154
Capitolul VII. Tehnici de îngrijire	164
Capitolul VIII. Acordarea primului ajutor	287

MS	—	Ministerul Sănătății
t°	—	temperatura
P	—	punctul
P	—	puls
R	—	respirație
TA	—	tensiunea arterială
i/d	—	intradermal
s/c	—	subcutanat
i/m	—	intramuscular
i/v	—	intravenos
un.	—	unități
sol.	—	soluție
MC	—	masa corporală
MCR	—	masa corporală reală
MCI	—	masa corporală ideală
DT	—	diureza totală
DD	—	decubit dorsal
DLD	—	decubit lateral drept
DLS	—	decubit lateral stîng
DV	—	decubit ventral
DZ	—	diabet zaharat
cm	—	centimetru
O ₂	—	oxigen
ml	—	mililitru
l	—	litru
t-ra	—	tinctura
K	—	kaliu
min.	—	minut
Nr.	—	numărul
IRA	—	insuficiență renală acută
IRC	—	insuficiență renală cronică
IMA	—	infarct miocardic acut
AVC	—	accident vascular cerebral
RA	—	respirație artificială
ME	—	masajul extern
MCE	—	masajul cardiac extern
HDS	—	hemoragie digestivă superioară
BAAR	—	bacilul acido-alcoolic rezistent
ATI	—	secția terapie intensivă
BCF	—	bătăile cardiace ale fătului

NOTĂ EXPLICATIVĂ

Aceste standarde se propun a fi implementate în practica asistenților medicali și a moașelor.

Obiectivele elaborării standardelor sunt:

- Ca asistenții medicali din Republica Moldova să fie asigurați cu standarde unice ca sursă de informație;
- Ca asistenții medicali să respecte cerințele unice prevăzute în standarde pentru efectuarea tehnicilor de îngrijiri;
- Ca asistenții medicali începători să utilizeze aceste standarde ca suport teoretic în activitatea practică;
- Să servească ca sursă de informație în pregătirea asistenților medicali care vor susține examenul pentru grad de calificare.

Standardele corespund ordinelor, legilor și deciziilor în vigoare ale Ministerul Sănătății și Protecției Sociale al Republicii Moldova și sunt descrise în succesiunea care trebuie să fie respectată în activitatea practică a asistenților medicali. De asemenea standardele sunt descrise conform științei medicale actuale. La elaborarea standardelor au participat medicii șefi de secție, asistente medicale superioare din secții și asistentele șefe din spitalele în care a fost implementat parțial Procesul de Nursing:

- Spitalul Clinic Republican
- Spitalul Clinic Municipal pentru Copii Nr.1
- Spitalul Clinic Municipal Nr.1
- Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului.
- Spitalul Clinic Municipal „ Sf. Arhanghel Mihail”.

Sperăm ca aceste standarde să fie utile pentru asistenții medicali, cât și pentru studenții Colegiilor de Medicină din Republica Moldova.

CAPITOLUL I

REGIMUL SANITAR ANTIEPIDEMIC

1. Prepararea soluțiilor dezinfectante uzuale	7
2. Dezinfectarea zilnică în salon	9
3. Dezinfectarea zilnică în sala de tratamente	10
4. Dezinfectarea în sufragerie	11
5. Dezinfectarea zilnică în bucătăria secției	12
6. Dezinfectarea zilnică în veceu — WC	13
7. Dezinfectarea zilnică în sala de baie pentru copii și maturi	14
8. Regimul sanitar antiepidemic în sala de clisme (curățenia zilnică)	15
9. Regimul de dezinfectare în sala de examinare	16
10. Regimul de dezinfectare în sala de naștere	17
11. Curățenia generală în salon	18
12. Curățenia generală în secție pentru copii	19
13. Curățenia zilnică pe coridor	20
14. Curățenia generală în sala de tratamente	21
15. Curățenia generală în sala de pansamente	22
16. Curățenia generală în sala de examinare	23
17. Curățenia generală în sala de naștere	24
18. Dezinfectarea obiectelor folosite de copii	25
19. Dezinfectarea obiectelor de metal și de sticlă	26
20. Dezinfectarea obiectelor de cauciuc	27
21. Dezinfectarea veselei în secție	28
22. Sterilizarea mânușilor	29
23. Dezinfectarea seringilor, acelor, sistemelor de perfuzie, tampoanelor de vată	30
24. Spălarea mâinilor și dezinfectarea lor în sala de tratamente	31
25. Îmbrăcarea mânușilor sterile	32
26. Pregătirea instrumentelor pentru sterilizare	33
27. Dezinfectarea obiectelor folosite de copil	34
28. Dezinfectarea și pregătirea biberonului	35
29. Combaterea pediculozei	36
30. Pregătirea casoletei pentru sterilizare	37
31. Pregătirea tampoanelor pentru sterilizare	38
32. Pregătirea alezelor pentru sterilizare	39
33. Pregătirea pentru sterilizare a setului pentru naștere	40
34. Pregătirea mesei sterile pentru controlul în valve	41
35. Acoperirea mesei sterile pentru pansamente	42
36. Acoperirea mesei sterile în sala de tratamente	43
37. Acoperirea tavei sterile	44
38. Pregătirea mesei sterile către naștere	45
39. Sterilizarea în cuptorul Poupinel	46
40. Sterilizarea meșelor	47
41. Pregătirea mesei de lucru în sala de tratamente	48

STANDARD

PREPARAREA SOLUȚIILOR DEZINFECTANTE UZUALE

Scopul: De a asigura secția respectivă cu soluții necesare pentru a efectua dezinfectarea chimică.

Indicații:

- Ordinele în vigoare a Ministerului Sănătății
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.

MATERIALE NECESARE:

1. Sol. Lisoformină;
2. Sol. H_2O_2 33%;
3. Vase recipiente;
4. Sol. $CaCl_2$ 10%;
5. Halat de lucru, mănuși, etichete, mască;
6. Baghetă.
7. Pahar gradat.
8. Săpun de rufe.
9. Rozătoare.
10. Apă.
11. Orice altă soluție dezinfectantă la recomandările MS

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Prepararea sol. Lisoformină 1,5% — 1 litru	Se folosește pentru dezinfectarea și prelucrarea instrumentelor medicale și chirurgicale
1.1	Asistenta medicală îmbracă echipamentul de lucru, mască, mănușile.	Pentru protecție
1.2	Soluția se pregătește aparte în încăpere specială	Substanța este toxică
1.3	Într-o cratiță se pune cu un păhăruț gradat 15 ml de sol. Lisoformină la care se adaugă 985 ml H_2O , se amestecă.	Am obținut 1l de sol. Lisoformină 1,5%
1.4	Se completează eticheta și se atașează pe recipient.	I chir.Sol. Lisoformină 1,5% — 1 litru15 XI
1.5	Termenul de valabilitate 10—12 zile.	
2.	Prepararea sol. Lisoformină 1,5% — 10 litri	
2.1	Se repetă Etapele pct.1.1; 1.2.	
2.2	Într-un vas de 10 litri se iau 150 ml sol. Lisoformină și 9850 ml. H_2O , se amestecă bine, se acoperă.	I chir.Sol. Lisoformină 1,5% — 10 litri15 XI
2.3	Se repetă etapele pct.1.4.; 1.5.	
3.	Prepararea sol. Lisoformină 1% — 1 litru	
3.1	În vas se va lua 10 ml sol. Lisoformină și 990 ml H_2O .	Pentru dezinfecția suprafețelor
3.2	Durata valabilității 10—12 zile.	Dacă soluția este murdară se aruncă
3.3	Soluția se schimbă după necesitate.	Dacă soluția este murdară sau când a expirat termenul
4.	Prepararea sol. $CaCl_2$ 10% — 10 litri	Pentru dezinfectarea suprafețelor și obiectelor de îngrijire
4.1	Se repetă etapele pct.1.1; 1.2.	
4.2	În recipient de 10 litri se pune atent 1 kg praf de $CaCl_2$.	Praful este toxic
4.3	Se adaugă treptat amestecând cu bagheta mereu 9 litri H_2O .	Pentru a dizolva praful
4.4	Se fixează un capac.	Ca să nu se evapore
4.5	Se atașează eticheta.	Sol. $CaCl_2$ 10% — 10 litri....
4.6	Se lasă pe 24 ore.	Pentru limpezire
4.7	Se păstrează la întuneric.	La lumină se descompune
4.8	Peste 24 ore se strecoară partea limpezită în alt recipient.	Este soluția de lucru de 10%
4.9	Se va atașa o etichetă cu denumirea și data pregătirii soluției.	Sol. $CaCl_2$ 10% — 10 litri 10 XI

4.10	Termenul valabilității 10 -12 zile.	Este valabilă soluția până la 20.11.
4.11	Din această soluție se pregătesc soluții mai diluate, 0,5%; 1%, 3%.	Pentru dezinfectarea suprafețelor obiectelor de îngrijire
5.	Prepararea sol. CaCl_2 — 0,5% — 10 litri	
5.1	Într-un vas de 10 litri se va turna 500 ml sol. CaCl_2 10% la care se adaugă 9,5 litri H_2O .	Pentru dezinfectarea podelelor
5.2	Se folosește o singură dată pentru spălarea, dezinfectarea podelelor.	După folosire se aruncă
6.	Prepararea sol. CaCl_2 1% — 1 litru	Pentru dezinfectarea suprafețelor, obiectelor.
6.1	Într-un recipient se ia 100 ml CaCl_2 de 10% și se amestecă cu 900 H_2O .	
6.2	Se fixează eticheta	10.11.04Sol. CaCl_2 1% — 1 litru
6.3	Soluția este valabilă 24 ore	
7.	Prepararea sol. H_2O_2 6% — 1 litru	Pentru dezinfectarea instrumentelor chirurgicale, la curățenia generală, suprafețe
7.1	Într-un recipient se va turna 180 ml H_2O_2 33% și se adaugă 820 ml H_2O	
7.2	Se completează eticheta	10.11.04 H_2O_2 6% — 1 litri
7.3	Soluția folosită este valabilă 24 ore	
8.	Prepararea sol. H_2O_2 3% — 1 litru	Pentru dezinfecție
8.1	Într-un vas se va turna 90 ml H_2O_2 33% și se va adăuga 910 ml H_2O distilată.	Pentru prelucrarea rănilor
8.2	Se completează eticheta	10.04.09 H_2O_2 3% — 1 litru
8.3	Soluția este valabilă 24 ore.	
9.	Prepararea sol. de săpun de 2% (pentru secția alergologie)	Nu sunt indicate soluțiile dezinfectante chimice
9.1	Se dă prin rozătoare 200 gr. de săpun de rufe, într-un vas	Ca să se dizolve mai ușor
9.2	Se toarnă apă câte puțin în total 9 litri și 800 ml (9800 ml)	Ca să fie 10 litri soluție de 2%
9.3	Se amestecă bine cu o baghetă de lemn	Ca să se dizolve bine săpunul și să formeze spuma
9.4	Se folosește pentru dezinfectare	Tuturor suprafețelor în secție alergologie.
9.5	Soluția este valabilă 24 ore	
9.6	Asistenta medicală va lucra în halat și mănuși de lucru	Pentru protecție

STANDARD

DEZINFECTAREA ZILNICĂ ÎN SALON

Scopul: Combaterea infecției nosocomiale.

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- Echipamentul de lucru (halat, mască, mănuși);
- Meșe curate;
- Sol. CaCl_2 0,5%; 1%; sau orice soluție dezinfectantă
- Sol. Lisoformină 1%; conform ordinelor în vigoare
- Căldare și teu marcat;
- Cărpe de podea;
- Recipiente.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Persoana care efectuează curățenia îmbracă echipament de protecție.	Pentru autoprotecție
2.	Se pregătește în cratiță 1 litru sol. Lisoformină 1% sau 1 litru sol. CaCl_2 1%.	Pentru dezinfectarea suprafețelor (vezi Standardul)
3.	Se pregătește într-un recipient 10 litri sol. CaCl_2 0,5%.	Pentru dezinfecția podelelor (vezi Standardul)
4.	Se îmbibă o meșă curată cu una din soluțiile pregătite	Vezi pct.2
5.	Se prelucrează suprafața noptierelor din salon, a mesei, scaunul, marginea patului, pervazurile.	Să se respecte continuitatea
6.	Se va îmbiba meșa cât mai des cu soluția dezinfectantă	Combaterea infecției
7.	Aceste soluții se păstrează în camera sanitară, în dulap special, conform termenului de valabilitate.	Vezi Standardul
8.	Urmează spălarea și dezinfectarea podelelor cu sol. CaCl_2 0,5%	Se va folosi inventarul marcat
9.	Această soluție se aruncă, când este murdară.	Se schimbă de mai multe ori la necesitate
10.	La urmă se dezinfectează mânerul la ușă.	
11.	Se reorganizează locul de lucru și se dezinfectează inventarul folosit.	Combaterea infecției.

STANDARD

DEZINFECTAREA ZILNICĂ ÎN SALA DE TRATAMENTE

Scopul: Pentru a combate infecțiile nozocomiale

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- halatul de lucru
- mănuși de cauciuc
- mască, bonetă
- sol H₂O₂, 6% într-un recipient
- Apă 10 l + Domestos 50 ml.
- prosop pentru mâini
- meșe sterile
- vas marcat pentru podele
- teu marcat
- cârpă de podele
- săpun lichid
- prosop pentru mănuși

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală îmbracă halatul de lucru, masca, boneta și mănușile	Pentru autoprotecție
2. Se toarnă H ₂ O ₂ 6% pregătită într-un vas — recipient.	Se asigură comoditatea folosirii Se va folosi sol. conform Ord. MS.
3. Se îmbibă o meșă sterilă în această soluție și se prelucurează suprafața măsuțelor de lucru și masa de tratamente	Pentru combaterea infecției
4. Urmează prelucrarea cu aceeași soluție a suprafeței dulapului cu medicamente, a cușetei.	Se repetă îmbibarea cu sol. H ₂ O ₂ — 6%
5. Urmează dezinfectarea suprafeței noptierelor apoi a suportului pentru perfuzii	Pentru combaterea infecției.
6. Se va dezinfecta suprafața pervazului, apoi chiuveta	În același scop. De fiecare dată meșa se va îmbiba cu soluție
7. Infirmiera va dezinfecta prin curățenia umedă podelele cu soluție apă 10 l+ Domestos 50 ml.	Sau cu soluție dezinfectantă conform ordinelor în vigoare
8. Se va dezinfecta apoi mânerul de la ușă	Se folosește inventarul marcat p-u sala de tratamente/proceduri
9. Soluția dezinfectată în cratiță se va folosi timp de 24 ore	Sau sol uzuală actuală.
10. Se reorganizează locul de lucru.	În același scop să se respecte continuitatea
10.1 Meșele folosite se clătesc și se dezinfectează timp de o oră în H ₂ O ₂ 6% într-un vas aparte, apoi se clătesc, se usucă și se trimit la sterilizare	Se păstrează în zonă nesterilă Pentru combaterea infecției
10.2 Asistenta medicală spală mâinile cu mănuși și se șterg cu prosopul respectiv.	Conform cerințelor
10.3 Se scot mănușile și se pun la dezinfectare	Vezi Standardul pentru combaterea infecției
10.4 Asistenta medicală spală bine mâinile apoi le dezinfectează cu alcool.	Vezi Standardul. Inventarul se păstrează în zona nesterilă. Are acțiune bactericidă
10.5 Infirmiera după spălarea podelelor dezinfectează cârpa.	Se asigură aportul de O ₂
11. După dezinfectare se include lampa de cuarț pentru 30 min.	Conform cerințelor ord. MS nr. 288
12. Se va aerisi sala de tratamente 15—20 min.	
13. Se efectuează dezinfectarea zilnică (descrisă) dimineață până la începerea procedurilor, apoi înainte de injecțiile i/v, apoi după terminarea procedurilor, urmînd să se efectueze apoi înaintea procedurilor de seară și după efectuarea lor.	

STANDARD

DEZINFECTAREA ÎN SUFRAGERIE

Scopul: Combaterea infecției nozocomiale

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- halat de lucru
- mănuși
- mască
- sol. H_2O_2 3%
- recipient pentru suprafețe
- sau soluție dezinfectantă conform ordinelor în vigoare
- vas marcat pentru podele
- teu marcat
- cârpă de podele
- meșe curate
- sol. de apă 10l + Domestos 50 ml sau alt

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Se îmbracă halatul, masca și mănușile	Pentru autoprotecție
Se pregătește sol. H_2O_2 —3% într-un recipient	Pentru dezinfect. Suprafețelor
Se pregătește vasul cu sol. apă 10 l.+ Domestos 50 ml sau altă soluție dezinfectantă.	Pentru dezinfect. podelelor
Se îmbibă meșa curată în soluție H_2O_2 3% și se prelucrează suprafața meselor prin ștergere.	Pentru combaterea infecției
La fel se prelucrează suprafața dulapurilor, frigiderului apoi a măsuțelor pentru veselă și a scaunelor.	Dacă suprafețele sunt murdare întâi se spală cu apă și detergent cu o meșă sau perie
Cu aceeași sol. se prelucrează pervazul de la geam.	
Se spală bine podeaua cu sol. pregătită.	Combaterea infecției
Dezinfectarea mânerului la ușă cu H_2O_2 3%	Cu scop de dezinfectare
Aerisirea sufrageriei	Combaterea infecției
Reorganizarea locului de lucru	Conform ord. nr.288
Se repetă de 4 ori în 24 ore.	

STANDARD

DEZINFECTAREA ZILNICĂ ÎN BUCĂTĂRIA SECȚIEI

Scopul: Combaterea infecției nozocomiale
Prevenirea infecției intestinale

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- H₂O₂ 3%
- sol. Domestos
- meșe curate
- recipient marcat pentru soluție
- vase pentru meșe
- halat de lucru
- mănuși de cauciuc
- teu, vas marcat pentru podele
- cârpă de podele
- sau altă sol. dezinfectantă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Se îmbracă halatul, masca și mănușile.	Pentru autoprotejare
Se toarnă în recipient sol. H ₂ O ₂ 3%	Cratița să fie marcată, soluția este valabilă 24 ore
Se pregătesc sol. apă 10 l.+ 50 ml. Domestos.	Pentru dezinfectarea podelelor
Cu o mășă curată umezită în sol. H ₂ O ₂ 3% se prelucurează suprafața mesei de lucru, a raftului pentru păstrarea veselei, cratițelor.	Pentru combaterea infecției
La fel se va prelucra suprafața măsuței pe roțile pentru transportul în sufragerie și salon a alimentelor.	Pentru a evita riscul infecției intestinale
Se prelucurează apoi suprafața frigiderului, dulapului de uscare; dulapului pentru pâine.	Sau altă pastă de curățat. Pentru a evita rugini-re
Marginea metalică a plitei electrice se va curăța cu praf „Bingo,” și nu se va umezi.	Se înlătură petele de mâncare
Se dezinfectează suprafața măsuței pentru păstrarea sol. dezinfectante	Să se respecte succesiunea Se va înlătura murdăria
Se prelucurează suprafața chiuvetelor cu diverse paste de curățat, după clătire se prelucurează cu H ₂ O ₂ 3%	Se va combate infecția
Dezinfectarea pervazului de la geam	Cu meșă umezită. în sol. H ₂ O ₂
Se dezinfectează podeaua prin spălare cu sol. apă 10 l + Domestos 50 ml sau alt dezinfectant.	Pentru combaterea infecției
Se dezinfectează mânerul la ușă cu H ₂ O ₂ 3%	Are acțiune bactericidă
Se introduce lampa de cuarț pe 30 min.	Saturația cu O ₂
Se aerisește încăperea	Vezi Standardul
Reorganizarea locului de lucru	

STANDARD

DEZINFECTAREA ZILNICĂ ÎN VECEU - WC

Scopul: Combaterea infecției nozocomiale

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- teu marcat
- căldare marcată
- cârpă de podele
- sol. Domestos
- halat de lucru
- meșe curate
- mănuși de cauciuc
- pastă de curățat „Bingo“
- perie de curățat
- sol H_2O_2 —3%

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se îmbracă halatul și mănușile de cauciuc.	Pentru protecție
2. Se pregătesc sol. necesare	Să fie proaspete, valabile 24 ore
3. Se curăță bine cu pasta de curățat suprafața chiuvetei lavoarului, rezervorul de apă de la veceu, robinetul.	Pentru înlăturarea murdăriei
4. Cu altă mesă sau cu perii de curățat se curăță bine veceul.	Pentru combaterea infecției
5. Apoi aceste suprafețe se spală bine cu apă.	Se înlătură resturile de pastă
6. Se prelucrează suprafețele cu una din sol. dezinfectante (sol. Domestos).	Cu scop de combatere a infecției
7. Se dezinfectează podeaua din WC prin spălare cu apă 10 l.+50ml. Domestos	Sau altă sol. dezinfectantă
8. Dezinfectarea mânerului la ușă	Cu sol H_2O_2 —3%
9. Reorganizarea locului de lucru	
10. Se repetă această dezinfectare de 4 ori în 24 ore sau mai frecvent, în caz de necesitate	Vezi Standardul

STANDARD**DEZINFECTAREA ZILNICĂ ÎN SALA DE BAIE PENTRU COPII ȘI MATURI**

Scopul: Combaterea infecției

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| — teu marcat | — meșe curate |
| — căldare marcată | — halat de lucru |
| — cârpă de podele | — sol H_2O_2 3% |
| — sol. dezinfect. Domestos | — perie de curățat cada |
| — pieptene | — prosoape |
| — foarfece | — recipiente |
| — mănuși de cauciuc | — sau altă sol. dezinfectantă. |

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se îmbracă halatul și mănușile de cauciuc.	Pentru protecție
2. Se pregătește necesarul și se așează la îndemână.	Se asigură comoditatea
3. Cu meșă curată îmbibată cu sol H_2O_2 3% se prelucrează suprafața mesei pentru înfășat; mușamaua saltelei de pe mäsută.	Pentru combaterea infecției.
4. La fel se prelucrează suprafața măsuței pentru obiecte de îngrijire	
5. La fel se prelucrează pervazul de la geam.	
6. Se dezinfectează cada pentru baie.	Înainte de a fi folosită
6.1 Se curăță bine toată suprafața căzii cu una din paste de curățat și cu perie specială	Pentru a înlătura murdăria
6.2 Se clătește bine cu apă curată	Pentru a înlătura resturile de pastă
6.3 Se fixează dopul și se toarnă 5 l apă + 25 ml. Domestos. Se umezesc pereții căzii;	Se lasă pe 30 min. Pentru dezinfectare
6.4 Sau se va prelucra cada cu sol Domestos concentrat.	Are acțiune bactericidă
6.5 Apoi se scoate dopul și se clătește bine cada	Se înlătură resturile de dezinfectant. Se va evita reacția alergică
6.6 Se fixează dopul și cada este pregătită pentru baie.	
6.7 Se spală bine podeaua cu scop de dezinfectare cu sol. Apă 10 l.+50 ml. Domestos sau altă soluție uzuală	Pentru a combate infecția
6.8 Se dezinfectează mânerul la ușă cu H_2O_2 —3%	Combaterea infecției
6.9 Sol. — H_2O_2 - 3% este valabilă pentru 24 ore numai pentru dezinfectare în sala de baie.	Pentru dezinfectarea suprafețelor
6.10 Se reorganizează locul de lucru.	Vezi Standardul.

STANDARD

REGIMUL SANITAR ANTIEPIDEMIC ÎN SALA DE CLISME (CURĂȚENIA ZILNICĂ)

Scopul: De a combate infecția nozocomială;
De a menține curățenia și a respecta regimul sanitar.

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- vas pentru podele,
- teu,
- cârpe de podele cu marcajul „sala de clisme”,
- sol. dezinfectantă (ESAN 1%),
- meșe curate,
- mănuși de cauciuc,
- halat de lucru (special pentru sala de clisme),
- recipient.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Zilnic asistenta medicală verifică cum infirmiera a pregătit tot necesarul pentru efectuarea curățeniei curente	
2.	Se îmbracă halatul, infirmiera și mănușile de cauciuc	Pentru auto protecție
3.	Se toarnă în recipient sol. ESAN 1:32 — 1% sau soluția indicată	Conform ordinelor în vigoare
4.	Se îmbibă meșa cu această soluție și se dezinfectează suprafața mesei	Se clătește meșa mai frecvent
5.	Se dezinfectează suportul pentru clisme	Pentru combaterea infecției
6.	Se dezinfectează suprafața cușetei	
7.	Se dezinfectează robinetul de la lavuar și lavuarul	Se respectă timpul expoziției
8.	Se spală podeaua cu sol. ESAN — 1% 1:32 cu cârpă, teu.	Sau cu o altă soluție dezinfectantă
9.	Vasul să fie marcat „sala de clisme”	Pentru combaterea infecției
10.	Se dezinfectează mânerul de la ușă	Cu soluția dezinfectantă indicată
11.	Se aerisește sala 15 min.	Protecția mediului de lucru
12.	Obiectele folosite de dezinfectează, se spală și se usucă	Respectarea regimului de combatere a infecției
13.	Teul și căldarea se păstrează în sală de clisme	Prevenirea răspândirii infecției
14.	Se reorganizează locul de lucru	
15.	Se schimbă halatul	Autoprotecție
16.	Se spală mâinile și se dezinfectează	
17.	Se scot mănușile	
18.	Se spală mâinile cu săpun și se dezinfectează	Combaterea infecției
19.	Dezinfectarea în sala de clisme se efectuează de 2 ori pe zi	Seara și dimineața

STANDARD

REGIMUL DE DEZINFECTARE ÎN SALA DE EXAMINARE

Scopul: Respectarea regimului sanitaro-igienic pentru combaterea infecției nosocomiale

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- scutece sterile;
- halat steril;
- mască;
- mănuși sterile;
- vas cu sol. H_2O_2 3 %, 6 %;
- meșe sterile
- sol. var cloros 3 % — 10 l; sau soluție dezinfectantă indicată

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Moașa spală mâinile și le dezinfectează	Asigură combaterea infecției
Îmbracă mănușile sterile	Asigură combaterea infecției
Se înmoaie o meșă sterilă în sol. H_2O_2 3% în vas indicat pentru dezinfectarea suprafețelor	Vezi Standardul. Vasul este marcat
Se dezinfectează prin badijonarea suprafeței: a) masa cu rotile pentru primirea nașterilor; b) masa de lucru c) masa Rahmanov	Se va respecta algoritmul
Se repetă peste 15 minute dezinfectarea cu o altă meșă	Se respectă aceeași ordine a, b, c,
La fel cu altă meșă se dezinfectează peretele de lângă masa de lucru	
Peretele de lângă lavoar, robinetul, chiuveta	Se schimbă meșă
Urmează dezinfectarea mânerului de la ușă	
Se repetă peste 15 minute	
Se dezinfectează podeaua cu soluție de clorură de var 3 % Metodă a 2 vase	Prin spălare
O dată în 24 ore se efectuează prelucrarea cu soluție dezinfectată	
De două ori în 24 ore se folosesc detergenți	
Se include lampa de cuarț pentru 30 minute	Acțiune bactericidă
Se aerisește sala	Aport de O_2
Se notează în registru special	Data și semnătura asistentei medicale
Obiectele folosite se spală sub un get de apă curgătoare	
Meșele se dezinfectează în sol H_2O_2 3% 1 oră	Prin submersiune
Se clătesc cu apă	
Se usucă în camera sanitară	
Se face ambalarea în saci speciali	Conform ordinelor în vigoare
Se transportă la spălătorie	
Moașa spală mâinile, le dezinfectează	Combaterea infecției
Mănușile folosite se prelucrează, se dezinfectează	Vezi Standardul

STANDARD

REGIMUL DE DEZINFECTARE ÎN SALA DE NAȘTERE

Scopul: Respectarea regimului sanitar antiepidemic pentru combaterea infecției nosocomiale

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- scutece sterile;
- halat steril;
- mască;
- mănuși sterile;
- vas cu sol. H_2O_2 3%, 6%;
- meșe sterile
- sol var cloros 3% — 10 l;

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Moașa spală mâinile și le dezinfectează	Asigură combaterea infecției
Îmbracă mănușile sterile	Asigură combaterea infecției
Se înmoaie o meșă sterilă în sol. H_2O_2 3% în vas destinată pentru dezinfectarea suprafețelor	Vezi Standardul. Vasul este marcat
Se dezinfectează prin badijonarea suprafeței: a) masa cu roțile pentru primirea nașterilor; b) masa de lucru c) masa de înfășurarea a nou-născutului	Se va respecta algoritmul
Se repetă peste 15 minute dezinfectarea cu o altă meșă	Se respectă aceeași ordine - a, b, c
La fel cu altă se dezinfectează peretele de lângă masa de lucru	Se schimbă meșă
Peretele de lângă lavoar, robinetul, chiuveta	
Urmează dezinfectarea mânerului de la ușă cu o altă meșă	
Se repetă peste 15 minute	În aceeași ordine
Se dezinfectează podeaua cu soluție de clorură de var 3%, metodă a 2 vase	Prin spălare
O dată în 24 ore se efectuează prelucrarea cu soluție dezinfectată	
De două ori în 24 ore se folosesc detergenți	
Se include lampa de cuarț pentru 30 minute	Acțiune bactericidă
Se aerisește sala	Aport de O_2
Se notează în registru special	Data și semnătura asistentei medicale
Obiectele folosite se spală sub un get de apă curgătoare	
Meșele se dezinfectează în sol H_2O_2 3% 1 oră	Prin submersiune
Se clătesc cu apă	
Se usucă în camera sanitară	
Se face ambalarea în saci speciali	Conform ordinelor MS
Se transportă la spălătorie	
Moașa spală mâinile, le dezinfectează	Combaterea infecției
Mănușile folosite se prelucrează, se dezinfectează	Vezi Standardul

STANDARD

CURĂȚENIA GENERALĂ ÎN SALON

Scopul: Combaterea infecției nosocomiale.

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează o dată în săptămână

MATERIALE NECESARE:

- Echipament de protecție;
- sol. CaCl_2 1% — 10 litri; 0,5% — 10 litri pentru podele;
- sol H_2O_2 6% — 1 litru pentru suprafețe;
- Meșe curate;
- Perii;
- recipiente;
- sau soluția dezinfectantă conform ordinelor în vigoare
- Detergent;
- Scutece curate;
- Scară;
- Paste de curățat („Bingo“, „Domestos“);
- Perie pentru tavan.
- Inventar marcat pentru podele;

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se îmbracă echipament de protecție — halat, mască, boneta sau batic, mănuși.	Pentru autoprotecție.
2.	Se pregătesc soluțiile și materialele necesare.	Se asigură comoditatea.
3.	Salonul va fi eliberat de pacienți.	Se transferă în alt salon pentru a evita reacțiile alergice.
4.	Se strânge așternutul de pe pat.	Pentru al proteja.
5.	Saltelele se scot afară.	Pentru aerisire.
6.	Mobilierul se așează la mijlocul salonul ui.	Se asigură acces la pereți.
7.	Se spală bine cu meșe curate suprafața pereților cu apă și detergent, folosind scara.	Se înlătură murdăria; 50 g detergent la 10 litri apă.
8.	Se înlătură murdăria și detergentul folosind meșe curate și apă curată.	
9.	Se dezinfectează suprafața pereților cu sol. CaCl_2 1%. sau altă soluție	Combaterea infecției.
10.	Se va lăsa pe 1 oră.	Pentru acțiunea bactericidă.
11.	Se șterg pereții cu scutece curate uscate.	Pentru înlăturarea. resturilor de dezinfectanți
12.	Se vor dezinfecta toate suprafețele din salon.	Vezi Standardul. Dezinfecția zilnică
13.	Se reorganizează locul de lucru.	
13.1	Se instalează paturile la loc.	
13.2	Se scutură bine saltelele afară.	Dezinfectarea mecanică
13.3	Suprafața de mușama a saltelelor se dezinfectează.	Se șterg de 2 ori cu sol. CaCl_2 1% sau H_2O_2 6% cu interval de 15 min.
13.4	Se schimbă lenjeria de pat.	
13.5	Se dezinfectează suprafața podelelor și mânerul la ușă.	Cu soluția indicată
13.6	Se introduce lampa de cuarț pe 30-45 min.	Acțiune bactericidă
13.7	Aerisirea salonului	30 minute
13.8	Aranjarea pacienților comod în paturi și reorganizarea locului de lucru.	
13.9	Se efectuează curățenia generală în salon conform orarului.	1—2 saloane pe zi
13.10	Se notează în registru de evidență a curățeniei generale data și semnătura asistentei medicale.	

STANDARD

CURĂȚENIA GENERALĂ ÎN SECȚIE PENTRU COPII

Scopul: Combaterea infecției nozocomiale

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează odată pe săptămână în mod obligatoriu

MATERIALE NECESARE:

- | | |
|--|---|
| — halatul de lucru | — meșe curate |
| — mănuși de cauciuc | — perii |
| — mască | — teu marcat |
| — sol. H ₂ O ₂ 3% | — sol. H ₂ O ₂ 6% |
| — cârpă | — recipiente pentru podele |
| — pastă de curățat | — căldare marcată |
| — căldare pentru pereți sau vas cu sol pentru pereți | — detergent |
| — scutece curate | — sol. Domestos |
| — scară | — sau altă sol dezinfectantă |

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se îmbracă masca, halatul și mănușile de cauciuc	Pentru auto protecție
2. Se pregătește materialul necesar și se așează la îndemână	Se asigură comoditatea
3. Se face curățenia generală în salon	Pentru a evita reacțiile alergice
3.1 Copiii și mamele sunt transferați în alte saloane.	
3.2 Se așează mobilierul în mijlocul salonului.	Pentru a avea acces la pereți
3.3 Se scot saltelele afară	Pentru aerisire
3.4 Se curăță praful de pe tavan	cu perii speciale
4. Se spală bine pereții cu meșe curate și apă cu detergent folosind scara, apoi se spală cu apă 10l. + 20 g. Detergent +50 g. Domestos.	Se înlătură murdăria
5. Cu meșe curate se spală pereții cu apă curată	sau altă sol. dezinfectantă
6. Se șterg pereții cu scutece curate până la uscat.	Pentru a înlătura resturile de detergent și dezinfectant
7. Se dezinfectează toate obiectele din salon în ordinea respectivă	
8. Se dezinfectează suprafața saltelelor cu — H ₂ O ₂ 3% de 2 ori cu interval de 15 min.	Vezi Standardul „Dezinfectare zilnică în salon“
9. Se schimbă așternutul curat	Vezi Standardul
10. Se dezinfectează podeaua apoi mânerul la ușă	Vezi Standardul.
11. Se reorganizează locul de lucru	-/-
12. Se respectă regimul de cuarțare în salon	- //-
13. Curățenia generală în sufragerie se face prin aceeași metodă ca în salon	- //-
13.1 Curățenia generală în bucătărie	Conform ord. M.S. în vigoare
13.2 Curățenia generală în sala de baie la fel	Conform ordinului MS în vigoare
13.3 Curățenia generală pe coridor se efectuează respectând tehnicile pentru dezinfectarea salonului	
13.4 Curățenia generală în WC se efectuează respectând aceleași cerințe.	
13.5 Ca regulă curățenia și dezinfectarea generală se efectuează odată pe săptămână	
14. În caz de apariție a unei infecții, epidemii se folosesc sol. dezinfectate mai concentrate — H ₂ O ₂ 6%, sol. Domestos la 10 l apă +50 ml sau altă soluție dezinfectant uzuală.	

STANDARD

CURĂȚENIA ZILNICĂ PE CORIDOR

Scopul: De a combate infecția nozocomială
De a menține curățenia și a respecta regimul sanitar-antiepidemic

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- căldare marcată pentru podele
- teu;
- cârpe de podele (marcate pentru coridor)
- sol. ESAN 0,5% (1:32) sau altă soluție la indicații
- meșe curate
- vas pentru soluția dezinfectată
- mănuși de cauciuc
- halat

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Se efectuează curățenia umedă de 2 ori, dezinfecția — 1 dată	Conform ordinului în vigoare, la necesitate mai des
Pentru dezinfecție se pregătește sol. ESAN 0,5% (1:32) pentru pereți și podele	Sau altă soluție dezinfectantă conform ordinelor în vigoare
Întâi se dezinfectează pereții cu o meșă îmbibată cu sol dezinfectată	Personalul va lucra în mănuși pentru a se proteja
Meșa se clătește în soluție mai frecvent, de asemenea se schimbă și soluția	Pentru combaterea infecției
Se va spăla podeaua cu scop de dezinfecție cu sol. de 0,5% ESAN sau cu soluția indicată	Apa se va schimba imediat când se va murdări
Obiectele folosite se dezinfectează, se spală, usucă	Conform ordinelor MS
Inventarul se păstrează în camera sanitară	Sau în alt loc special destinat
Se reorganizează locul de lucru	
Se schimbă halatul, se spală mâinile și se dezinfectează	

STANDARD

CURĂȚENIA GENERALĂ ÎN SALA DE TRATAMENTE

Scopul: Combaterea infecției nozocomiale

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează în mod obligatoriu o dată pe săptămână

MATERIALE NECESARE:

- halat de lucru
- mănuși de cauciuc
- masca, boneta
- sol H₂O₂ 6%
- recipient
- prosop pentru mănuși
- prosop pentru mâini
- perie pentru tavan
- vas pentru apă cu detergent-dezinfectat
- scutece sterile
- meșe sterile
- căldare marcată pentru podele
- teu marcat
- cârpă de podele
- săpun lichid

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală îmbracă halatul, masca, boneta și mănușile	Pentru autoprotecție
2. Se aranjează tot mobilierul în mijlocul sălii de tratamente.	Pentru a avea acces la pereți
3. Se curăță de praf tavanul și ungherele	Cu peria specială
4. Se toarnă H ₂ O ₂ 6% într-un vas mai mare. În alt vas se pregătește o sol. de detergent 20 gr. la 10 l/apă.	Este necesar de 5 l H ₂ O ₂ 6%
5. Se spală bine pereții cu meșe îmbibate cu apă și detergent.	Pentru curățare
6. Se spală apoi pereții cu apă curată folosind alte meșe.	Se spală de sus în jos.
7. Apa cu detergent se aruncă, și apa folosită precedent.	Pentru a înlătura resturile de detergent și murdăria
8. Cu meșe sterile îmbibate cu H ₂ O ₂ 6% se șterge suprafața pereților de sus în jos, ca să se imbibe bine cu sol H ₂ O ₂ 6%.	Pentru a distruge microbii
9. Se lasă pe 1 oră	Pentru ca să acționeze sol. dezinfect.
10. Apoi se șterg pereții bine cu scutece sterile cu apă destilată	Pentru a înlătura resturile
11. Tot inventarul se dezinfectează și se aranjează la locul lor, după ordinea respectivă.	Pentru combaterea infecției
12. Se reorganizează locul de lucru	Conform cerințelor
12.1 Meșele folosite se clătesc și se dezinfectează timp de o oră în H ₂ O ₂ 6% într-un vas aparte	Vezi Standardul. Pentru combaterea infecției
12.2 Asistenta medicală spală mâinile cu mănuși și se șterg cu prosopul destinat.	Inventarul se păstrează în zonă ne sterilă
12.3 Se scot mănușile și se pun la dezinfectare.	
12.4 Asistenta medicală spală bine mâinile	
12.5 Infirmiera după spălarea podelelor dezinfectează cârpa.	
13. După dezinfectare se include lampa de cuarț pentru 2 ore	Are acțiune bactericidă
14. Se va aerisi sala de tratamente timp de 45 min—60 min.	Se asigură aportul de oxigen
15. Asistenta medicală notează în registru special data efectuării curățeniei generale și semnează.	Este responsabilă de calitatea curățeniei
16. Se efectuează această dezinfectare 1 dată în 7 zile.	

STANDARD

CURĂȚENIE GENERALĂ ÎN SALA DE PANSAMENTE

Scopul: Combaterea infecției nosocomiale.

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- Echipament de protecție;
- Sol. CaCl_2 0,5%; 1%; sau altă soluție la indicații
- Sol. H_2O_2 6%;
- Perie pentru tavan;
- Meșe sterile;
- Scutece sterile;
- Cratițe, perii;
- Apă distilată sau fiartă;
- Pastă de curățat;
- Inventar marcat;
- Scară;
- Prosop pentru mâni și mănuși;
- Săpun lichid;
- Registru pentru evidența curățeniei generale;
- Detergent;
- Recipiente

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Conform ordinelor în vigoare ale MS curățenia și dezinfectarea generală se efectuează 1 dată pe săptămână.	Combaterea infecției nosocomiale.
2.	Asistenta medicală îmbracă echipamentul de protecție.	Pentru autoprotecție.
3.	Se pregătește tot necesarul: soluțiile, inventarul necesar.	Se asigură comoditatea.
4.	Se adună tot mobilierul la mijlocul sălii.	Se asigură acces liber.
5.	Cu peria se curăță bine tavanul, ungherele sălii.	Pentru a înlătura praful.
6.	Pereții murdari se spală cu apă și detergent, cu meșe sterile.	Pentru a înlătura murdăria, 5 gr la 1 l de apă.
7.	Se clădesc pereții prin ștergere cu apă distilată sau fiartă.	Pentru a înlătura detergentul.
8.	Cu meșe sterile se dezinfectează pereții cu sol. H_2O_2 6%.	Se vor îmbiba bine pereții de sus în jos.
9.	Se lasă pe 1 oră.	Ca să acționeze soluția dezinfectantă.
10.	Cu meșe sterile se spală cu apă distilată.	Pentru a înlătura dezinfectantul.
11.	Cu meșe sterile uscate se șterg bine pereții.	Pentru a usca și a da luciu.
12.	Se vor dezinfecta suprafețele mobilierului.	Vezi Standardul. Curățenia zilnică în sala de pansamente.
13.	Se aranjează mobilierul la loc.	
14.	După dezinfectarea podelelor se introduce lampa de cuarț pe 1 oră.	Acțiune bactericidă.
15.	Se aerisește sala timp de 30—60 minute.	Se asigură aportul de oxigen.
16.	Se reorganizează locul de lucru.	
17.	Asistenta medicală va nota în registrul de evidență data curățeniei generale și va semna.	Este responsabilă de calitatea dezinfectării și de orar.

STANDARD

CURĂȚENIA GENERALĂ ÎN SALA DE EXAMINARE

Scopul: Respectarea regimului sanitar-antiepidemic pentru combaterea infecției nosocomiale

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează odată pe săptămână în mod obligatoriu.

MATERIALE NECESARE:

- stropitor;
- cassoleta mare cu scutece sterile;
- halate sterile;
- bahile, bonete;
- mănuși sterile
- vase pentru curățenia generală;
- teu marcat pentru podele și pereți;
- meșe sterile.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele efectuării	Argumentarea
Se efectuează în mod obligatoriu 1 dată în 7 zile	Conform cerințelor
Se strâng toate obiectele în mijlocul sălii	Pentru a avea acces la pereți
Cu stropitorul se stropesc pereții, mobilierul, meselor, podeaua	Cu sol. H ₂ O ₂ 6% + detergent 5gr la 1 litru
Se include lampa de cuarț pe 60 minute	Acțiune bactericidă
Se aerisește	
Moașa, infirmieră îmbracă halat steril, bonetă, bahile, mănuși sterile	Pentru autoprotecție
Pentru a spăla podul se folosește teul îmbrăcat în scutece sterile; înmuiat în apă în vas special	
Se schimbă aleze sterile și alt vas pentru spălarea pereților de sus în jos	
Se va schimba aleza sterilă cât mai des și apa la fel	Ca apa să rămână curată
Se usucă pereții cu aleze sterile uscate fixate pe teu	
Cu meșe sterile înmuiate în apă se spală suprafețe și mobilierul	Se va înlătura murdăria
Se dezinfectează cu aleze sterile îmbibate cu sol. H ₂ O ₂ 3% de 2 ori cu interval de 15 minute toate suprafețele obiectelor și suprafețelor	Combaterea infecției
Se spală podeaua cu soluție de clorură de var 3%	Sau cu soluție indicată
Includem lampa de cuarț pe 60 minute	Acțiune bactericidă
Se aerisește	Aport de oxigen
Se înregistrează în registrul special de evidență a curățeniei generale. 21.04.09 Parteneriat Nr. 1 sol. H ₂ O ₂ 6%, Moașa: Calancea infirmiera Curnic	Se păstrează registrul la moașa superioară

STANDARD

CURĂȚENIA GENERALĂ ÎN SALA DE NAȘTERE

Scopul: Respectarea regimului sanitar-antiepidemic pentru combaterea infecției nosocomiale.

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează odată pe săptămână în mod obligatoriu și după necesitate mai des.

MATERIALE NECESARE:

- stropitor;
- casoleta mare cu scutece sterile;
- halate sterile;
- bahile, bonete;
- mănuși sterile
- vase pentru curățenia generală;
- teu marcat pentru pod și pereți;
- meșe sterile;
- inventar pentru podele

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele efectuării	Argumentarea
Se efectuează în mod obligatoriu 1 dată în 7 zile	Conform cerințelor
Se strâng toate obiectele în mijlocul sălii	Pentru a avea acces la pereți
Cu stropitorul se stropesc pereții, mobilierul, meselor, podeaua	Cu sol. H ₂ O ₂ 6% + detergent 5g la 1 litru
Se include lampa de cuarț pe 60 minute	Acțiune bactericidă
Se aerisește	
Moașa, infirmieră îmbracă halat steril, bonetă, bahile, mănuși sterile	Pentru autoprotecție
Pentru a spăla podul se folosește teul îmbrăcat în aleze sterile; înmuiat în apă în vas special	Pentru comoditate
Se schimbă aleze sterile și alt vas pentru spălarea pereților de sus în jos	
Se va schimba aleza sterilă cât mai des și apa la fel	Ca apa să rămână curată
Se usucă pereții cu aleze sterile uscate fixate pe teu	
Cu meșe sterile înmuiate în apă se spală suprafețele și mobilierului	Se va înlătura murdăria
Se dezinfectează cu aleze sterile îmbibate cu sol. H ₂ O ₂ 3% de 2 ori cu interval de 15 minute sau cu alte sol. dezinfectante	Combaterea infecției
Se spală podeaua cu soluție de clorură de var 3%	Sau cu soluția indicată
Includem lampa de cuarț pe 60 minute	Acțiune bactericidă
Se aerisește	Aport de O ₂
Se înregistrează în registrul special de evidență a curățeniei generale. 21.04.09 parteneriat nr. 1 sol. H ₂ O ₂ 6% Moașa – Calancea, infirmiera - Curnic	Se păstrează registrul la moașa superioară

Scopul: De a combate infecția nozocomială.
 Respectarea cerințelor ordinului nr.51 a MS „Combaterea infecției nozocomiale”
 Ordinul MS nr. 264 „Intensificarea activității de combatere a hepatitei virale”.

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- înainte și după folosirea obiectelor necesare la îngrijirea copiilor

MATERIALELE NECESARE

- diverse obiecte de îngrijire
- sol. dezinfectantă H_2O_2 —3% sau soluția indicată
- meșe curate pentru dezinfectare
- recipiente pentru soluție dezinfectată
- vase–recipiente sterile

TEHNICA EFECTUĂRII

Obiectul	Sol. dezinfectantă	Metoda. Durata
1. Olița	H_2O_2 — 3%	După folosință se spală bine sub apă curgătoare. Se dezinfectează prin scufundare într-un vas cu H_2O_2 timp de 1 oră. Se usucă, se păstrează pe rafturi.
2. Jucării de cauciuc, plastic	H_2O_2 — 3%	Spălare cu apă și săpun. Apoi ștergere cu o meșă și H_2O_2 3% de două ori cu interval de 15 min.
3. Biberon	Prin fierbere	Se spală bine. Se fierbe într-o cratiță timp de 15 min. și se păstrează uscate într-un vas steril, acoperit.
4. Mușamaua	H_2O_2 — 3%	Se spală Pentru a înlătura murdăria. Se șterge cu meșă și H_2O_2 3% cu interval de 15 min. de două ori.
5. Lingurițe, cănuțe.	Vezi dezinfectarea veselei	Conform Standardului.
6. Termometru	H_2O_2 — 3%	Prin scufundare totală în sol. H_2O_2 3% timp de 30 min. Uscare.

STANDARD

DEZINFECTAREA OBIECTELOR DE METAL ȘI DE STICLĂ

Scopul: Respectarea ord. MS nr. 264 „Intensificarea activității de combatere a hepatitei virale în R. Moldova”

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.

MATERIALE NECESARE:

- Pense
- Recipiente
- Tăvițe emailate
- Spatule
- Foarfece
- Lărgitorul de ureche
- Soluț. H₂O₂ 6%
- Mănuși de cauciuc

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. După folosință instrumentele se spală bine sub un get de apă curgătoare.	Pentru a înlătura resturile Pentru dezinfectare
2. Se instalează în vase cu H ₂ O ₂ 6% — se scufundă total pentru 1 oră.	
3. Se scot cu pensa și se clătesc sub apă curgătoare.	
4. Se spală apoi în apă distilată.	Pentru a înlătura H ₂ O ₂ Se asigură accesul aerului fierbinte
5. Se lasă să se usuce.	
6. Se aranjează separat instrumentele metalice și cele de sticlă în tave speciale metalice cu orificii.	Conform cerințelor.
7. Urmează sterilizarea în cuptorul de uscare la t° de 180°C timp de 1 oră.	
8. Termenul de valabilitate a instrumentului steril este 24 ore.	

Scopul: Combaterea infecției

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.

MATERIALE NECESARE:

- sonda gastrică
- tubul de gaze
- garoul
- H₂O₂ 6%
- recipient pentru dezinfectare
- para de cauciuc
- mănuși de cauciuc
- canulele

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	După folosință fiecare obiect de cauciuc se supune înmuierii în soluție H ₂ O ₂ 6% o oră	- pentru dezinfectare
2.	Fiecare obiect să fie acoperit cu soluție H ₂ O ₂ 6%	Submersiune totală
3.	Se vor dezinfecta fiecare tip de obiect în recipiente separate	Pentru a evita reinfecția
4.	Asistenta medicală va lucra în mănuși și cu pensa de lucru.	Pentru autoprotecție
5.	După dezinfectare fiecare obiect se spală aparte sub un jet de apă curgătoare	Pentru a înlătura toate resturile de secreții și dezinfectant
6.	Fiecare obiect se va steriliza aparte în recipiente cu apă prin fierbere	Durata sterilizării 20—30 min.
7.	Obiectele sterile se păstrează uscate în ambalaje sterile.	Conform cerințelor
8.	Fiecare ambalaj trebuie să fie etichetat pentru a indica data sterilizării, denumirea obiectului semnătura asistentei medicale; ora sterilizării.	
9.	Durata valabilității obiectelor de cauciuc sterile este 6 ore.	
10.	Se reorganizează locul de lucru: a) se dezinfectează tăvițele b) se dezinfectează mănușile de cauciuc c) se spală mâinile	Combaterea infecției Se vor respecta standardele respective

STANDARD

DEZINFECTAREA VESELEI ÎN SECȚIE

Scopul: Pentru a combate infecția intestinală

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrare și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- | | | | |
|-------------------|------------------------|--|-----------------|
| — 3 chiuvete | — cuptor de uscare | — sol H ₂ O ₂ 3% | — burete |
| — sol. degresantă | — perie specială-arici | — recipient | — meșe de tifon |

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. După folosință se înlătură resturile de pe veselă.	În căldare specială pentru resturi
2. Se spală fiecare tacâm aparte sub get de apă curgătoare cu burete sau meșă cu una din sol. degresante.	Pentru a înlătura rest. de grăsime, t° apei de 40—50°C
3. Se clătește bine fiecare obiect aparte sub apă curgătoare	Pentru a înlătura toate resturile
4. Se prelucrează în sol. H ₂ O ₂ 3% prin scufundare totală pe o oră.	Pentru combaterea infecției prin dezinfectarea chimică
5. Apoi se clătesc cu apă fiartă la t° de 40°C	Pentru a înlătura resturile de sol. dezinfectată
6. Se lasă să se scurgă	Distrugerea microbilor
7. Se aranjează în cuptorul de uscare și se sterilizează la temperat. de 60° timp de 60 min.	
8. Se păstrează pe masă și pe rafturi speciale.	
9. Dezinfectarea sticlucelor și biberoanelor.	Vezi Standardul respectiv

STANDARD STERILIZAREA MÂNUȘILOR

Scopul: De a asigura secția cu mănuși sterile.

Indicații: Pentru combaterea infecției și menținerea sterilității în timpul oricărei proceduri

MATERIALE NECESARE:

- Casoleta medie; — tăvița dreptunghiulară;
- 1 scutec mare; — testul-probă de control;
- 8 scutece pentru mănuși; — termometrul pentru apă;
- mănuși vreo 60—70 bucăți; — soluția triplă;
- talc; — soluție dezinfectantă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele efectuării	Argumentarea
După folosință mănușile, se spală bine sub un get de apă curgătoare, apoi se scot de pe mâini	Se va înlătura resturile
Se dezinfectează prin submerjare în H_2O_2 3% — 1 oră	Înmuiere totală, combaterea infecției
Dacă mănușile nu se supun sterilizării, se dezinfectează în sol. H_2O_2 6% — 1 oră, apoi se aruncă	La deșeuri, conform ord. M.S.
După dezinfecție se clătesc sub apă curgătoare	Se înlătură sol. dezinfectată
Se prelucrează în soluție triplă: — 795 ml. — apă — 200 ml. — H_2O_2 3% — 5g — detergent	Este o metodă de completare a dezinfectării
Se încălzește această soluție până la 50°	Se măsoară cu termometrul temperatura pentru apă
Apoi se clătesc în apă distilată în 2 vase, pe rînd	Se va înlătura resturile soluției triple.
După aceia le lăsăm să se usuce	Pe un scutec, iar iarna se pune pe calorifer
Pe tava dreptunghiulară se așterne o aleză pe care se pune praful de talc	
Se trec mănușile prin acest talc, pentru a îmbiba ambele suprafețe	Pentru a asigura comoditatea în lucru
Apoi se aranjează mănușile pe o aleză în felul următor: a) Scutecul se va rula de fiecare dată, după ce se va instala câte 2 mănuși așezate alături. b) În total pe o aleză pot fi aranjate 8—10 mănuși (4—5 perechi)	Se va asigura sterilizarea corectăEste un set
Se aranjează la fundul casoletei o aleză desfăcută cu marginile în afara casoletei	
La fundul casoletei se așează proba de control — un test indicat	Controlul calității sterilizării
Se aranjează seturile pregătite în straturi	Să nu se comprime ca să fie accesibilă sterilizarea
În total încap aproximativ 8 seturi	
Se acoperă cu marginile alezei	Conform cerințelor
Deasupra se instalează proba de control și pensa de lucru	
Se închide casoleta	Se fixează bine capacul
Se deschid orificiile	Ca să fie posibilă sterilizarea
Se fixează etichetele:Mănuși sterileSecția de naștere Nr. 1	
Se transportă în secția de sterilizare, prin autoclavare	Vezi Standardul

Scopul: Pentru a distruge germenii infecțioși.

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează de 4 ori în 24 ore.

MATERIALE NECESARE:

- Sol. H_2O_2 6% sau sol. Lisoformină 1,5%; sau soluția dezinfectantă indicată
- Apă distilată;
- Mănuși;
- Echipament de lucru;
- Vase marcate;
- Perii-arici.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Seringile și acele după folosință se demontează.	Se asigură acces.
2.	Se spală sub un get de apă curgătoare.	Pentru înlăturarea resturilor de medicamente și sânge.
3.	Se așează acele separat și seringă demontată separat într-un vas pentru submersiune totală pe 1 oră.	Ca să se dezinfecteze în una din soluțiile pregătite: sol. H_2O_2 6% sol. Lisoformină 1,5% sau altă soluție
4.	Pe vas să fie eticheta care indică soluția și materialele ce se vor dezinfecta	Sol. H_2O_2 6% pentru aceSol. H_2O_2 6% pentru seringi
5.	Peste 1 oră seringile și acele se scot din cratiță și se clătesc sub un jet de apă curgătoare.	Cu pensa. Pentru a înlătura soluția dezinfectantă
6.	Se usucă și se predau la număr și se transmit la depozitul de deșeuri.	Conform ord.Nr.87 al MS
7.	Tampoanele de vată după folosință se dezinfectează prin submersiune timp de 1 oră în una din soluțiile pregătite.	H_2O_2 6% sau sol. Lisoformină 1,5% toate tampoanele folosite.
8.	Apoi se aruncă la deșeuri fiind ambalate în pachete de polietilenă de culoare galbenă.	Conform ord. Nr. 87 al MS
9.	Drenurile de cauciuc după folosință se dezinfectează timp de 1 oră în sol. H_2O_2 6% sau sol. Lizoformină 1,5%.	Prin submersiune totală. Timpul de 1 oră — se calculează după ce a fost pus la dezinfectare ultimul obiect.
10.	Apoi se clătesc, se ambalează în pachete de polietilenă galbenă și se aruncă.	Conform ord. Nr. 87 al MS
11.	Sistemele pentru perfuzie i/v și pentru transfuzia componentilor sanguini se dezinfectează în felul următor:	
11.1	După folosință se demontează.	
11.2	Tuburile de cauciuc se taie cu un foarfece special pe toată lungimea sistemului.	Pentru o calitate mai bună de dezinfectare. Lungimea 15—20 cm a fiecărei secțiuni tăiate.
11.3	Sistemele pentru transfuzia componentilor sanguini după folosință întâi se spală sub un get de apă curgătoare, apoi se taie.	Pentru a înlătura resturi de soluție.
11.4	Tuburile de cauciuc secționate se dezinfectează în vas separat timp de 1 oră în una din soluțiile pregătite.	Prin submersiune totală. Timpul se fixează după ce s-a introdus ultima sistemă de perfuzie pentru dezinfectare.
11.5	După dezinfectare se clătesc toate secțiunile sub un get de apă curgătoare.	Pentru a înlătura soluția dezinfectantă.
11.6	Acele folosite la sistema de perfuzie se dezinfectează cu toate celelalte ace folosite.	Vezi pct. 3, 4.
11.7	Sistemele de perfuzie dezinfectate se aruncă la deșeuri în pachete de culoare galbenă.	Conform ord. Nr. 87 al MS
12.	Se reorganizează locul de muncă.	

STANDARD**SPĂLAREA MÂINILOR ȘI DEZINFECTAREA LOR ÎN SALA DE TRATAMENTE**

Scopul: Combaterea infecțiilor nosocomiale.

Indicații: Înainte de fiecare procedură;
Înainte de îmbrăcarea mănușilor sterile.

MATERIALE NECESARE:

- Vată sterilă; — Halat curat;
- Apă curgătoare; — Mască;
- Săpun lichid; — Bonetă;
- Perie pentru mâini; — Alcool 70°.
- Prosop curat;

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală îmbracă halatul, masca și boneta pentru proceduri.	Pentru autoprotecție; respectarea cerințelor Standardului.
2.	Se scot bijuteriile de pe degete.	Se va evita infectarea, se asigură comoditate.
3.	Se dezgolește mâna până la jumătate de antebraț.	Se asigură acces
4.	Unghiile să fie scurt tăiate.	Combaterea infecției
5.	Se udă mâinile sub un get de apă curgătoare.	
6.	Se săpunesc bine mâinile cu peria pentru mâini cu săpun lichid.	
7.	Se spală bine cu peria întâi o mână, apoi cealaltă, în total timp de 2 minute.	Să fie multă spumă, se elimină infecția de pe piele.
8.	Săpunirea și spălarea cu peria se efectuează în următoarea ordine: a) Întâi degetele, partea palmară și apoi cea dorsală; b) Apoi spațiile interdigitale; c) Urmează partea palmară a mâinii și partea dorsală a mâinii;	Pentru a menține mai curate degetele și partea palmară a mâinii.
9.	Se clătesc bine ambele mâini și se vor ține în așa mod ca apa să se scurgă de la degete în jos – de la vârful degetelor spre palmă	Ca să se mențină cât mai curate degetele și palma
10.	O altă persoană va închide robinetul.	Permite ca asistenta medicală să nu infecteze mâinile.
11.	Se șterg mâinile cu un ștergar curat de la degete spre palmă.	Ca și în ordinea spălării
12.	Urmează dezinfectarea mâinilor.	
12.1	O altă persoană deschide flaconul cu alcool 70°.	Se asigură acces la soluție
12.2	Asistenta medicală cu un tampon de vată steril acoperă lumenul flaconului și îmbibă tamponul cu alcool.	Fără a atinge flaconul cu degetele.
12.3	Se prelucrează suprafața palmară a degetelor apoi cea dorsală și spațiile interdegetale, apoi restul mâinii.	De 2 ori cu interval de 15 minute. Se folosesc câte 2 tampoane
12.4	Cu alt tampon se procedează la fel cu cealaltă mână.	
12.5	Flaconul cu alcool îl va închide altă persoană.	
13.	Tampoanele folosite se aruncă în tăviță cu resturi.	Pentru combaterea infecției.
14.	Urmează îmbrăcarea mănușilor sterile.	Vezi Standardul.

STANDARD

ÎMBRĂCAREA MĂNUȘILOR STERILE

Scopul: Profilaxia infecțiilor nosocomiale.
Pentru autoprotecția asistentei medicale.

Indicații: În timpul efectuării tuturor procedurilor și pansamentelor.

MATERIALE NECESARE:

- Necesarul pentru spălarea și dezinfectarea mâinilor;
- Mănuși sterile de unică folosință sau cazoleta cu mănuși sterile cu folosință de durată.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	După dezinfectarea mâinilor, asistenta medicală va aștepta să se evaporeze alcoolul.	Vezi standardul - Spălarea și dezinfectarea mâinilor
2.	Va fi rugată infirmiera sau colega să desfacă pachetul (ambalajul mănușilor de unică folosință).	Pentru a păstra mâinile noastre dezinfectante.
3.	Dacă folosim mănușile din cazoletă, rugăm o altă persoană să deschidă cazoleta.	
4.	Atunci când se folosesc mănuși din cazoletă, asistenta medicală înainte de spălarea și dezinfectarea mâinilor va prelucra cu sol. H ₂ O ₂ 6% suprafața capacului de la cazoletă.	Cu scop de dezinfectare.
5.	În cazoletă mănușile sunt învelite în o aleză.	Fiecare 2 mănuși separat.
6.	Cu pensa sterilă se va scoate din cazoletă aleza cu mănuși.	Cazoleta după aceea se va închide
7.	Se va instala scutecul pe măsura sterilă de lucru.	Protecție de infecție.
8.	Cu pensa se desfac marginile alezei.	Se asigură acces la mănuși.
9.	Asistenta medicală va apuca cu mâna dreaptă mănușa stângă de marginea de sus, care este rulată în exterior 4—5 cm.	Pentru a păstra exteriorul steril al mănușii.
10.	Atent se îmbracă mănușa pe mâna stângă introducând degetele fără a atinge exteriorul.	Pentru a menține sterilitatea.
11.	Apoi, la fel, cu mâna stângă se apucă mănușa dreaptă și se îmbracă pe mâna dreaptă.	Se respectă aceleași cerințe.
12.	Aleza folosită se va supune din nou sterilizări.	
13.	În cazul dacă se îmbracă mănuși sterile de unică folosință, se procedează astfel:	Din ambalaj steril
13.1	După deschiderea pachetului cu mănuși, asistenta medicală cu mâna dreaptă va lua mănușa stângă și va îmbrăca mâna stângă.	De către altă persoană; vezi pct.9, 10
13.2	Cu mâna stângă se va lua mănușa dreaptă și se va îmbrăca mâna dreaptă.	Vezi pct.11.
13.3	Pachetul în care erau ambalate mănușile se aruncă.	
13.4	Aceste mănuși vor fi folosite o singură dată.	
13.5	După utilizare, se dezinfectează ca toate obiectele de cauciuc.	Vezi Standardul.
13.6	După dezinfectare se aruncă la deșeuri.	Se respectă ord. Nr. 87 al MS

PREGĂTIREA INSTRUMENTELOR PENTRU STERILIZARE

Scopul: Pentru a prelucra corect până la sterilizare toate obiectele și instrumentele de metal pentru a înlătura resturile de sânge, medicamente și soluții dezinfectante.

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.

MATERIALE NECESARE:

- Apă curgătoare; — Detergent; — Perii — arici; — Recipiente;
- Soluții dezinfectante — sol. H_2O_2 6%, sol. Liziformina 1,5%, sol. H_2O_2 1%; sau alte soluții
- Prosop curat sau scutec; — Mănuși; — Apă distilată — 2 vase;
- Necesarul pentru proba la resturi de sânge și dezinfectanți — sol. Azopiram;
- Termometru de apă, — Reșou electric.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Fiecare instrument sau obiect, după folosință, se spală sub un get de apă cu peria-arici.	Pentru înlăturarea resturilor de sânge și medicamente.
2.	Se demontează și se aranjează în recipiente speciale.	Se separă instrumentele tăioase, obiectele de cauciuc.
3.	Se vor ține instrumentele în sol. Liziformină 1,5% timp de 30 minute sau în soluția dezinfectantă indicată	Submersiune totală cu scop de dezinfectare.
4.	Sau se dezinfectează la fel în sol. H_2O_2 6%.	Durata — 1 oră.
5.	Apoi în sol. H_2O_2 3% — 200 ml., la care se adaugă 5 g detergent + 795 ml. apă 1 litru sol. Triplă în care se dezinfectează instrumentele de metal timp de 30 min.	Soluția să fie la $t^\circ +50^\circ C$. sau sol. H_2O_2 - 1%, 1 litru + 5gr. detergent. Durata 30 minute.
6.	t° soluției se verifică cu termometrul de apă.	t° -ra de $+50^\circ C$
7.	După dezinfectare se clătesc bine.	Pentru a înlătura resturile de dezinfectant.
8.	Apoi se spală în apă distilată în 2 vase pe rând.	Fiecare obiect aparte.
9.	Se recomandă ca prelucrarea presterilizatoare să se efectueze și prin altă metodă:	
9.1	După spălare și demontare instrumentele se fierb în sol. Na_2CO_3 , 2%	Durata 15 — 20 minute.
9.2	Se clătesc bine sub un get de apă curgătoare cu peria-arici.	Pentru a înlătura resturile de bicarbonat.
9.3	Se dezinfectează prin submersiune în sol. H_2O_2 3% 200 ml. + 5 g detergent +795 ml. Apă = sol. triplă 1 litru	Durata — 30 minute la $t^\circ +50^\circ C$.
9.4	Apoi instrumentele se spală în apă distilată în 2 vase pe rând.	Fiecare instrument, obiect aparte.
10.	După spălarea în apă distilată, fiecare obiect — instrument se aranjează aparte pe un prosop sau scutec.	Se lasă să se usuce.
11.	Se efectuează proba cu sol. Azopiram la resturi de sânge, detergenți și dezinfectanți.	Pentru a verifica prelucrarea corectă.
12.	Dacă proba de control este negativă, instrumentele după uscare se aranjează pentru sterilizare în cuptorul „Poupinel” = etuvă = sau cuptorul de sterilizare.	Vezi Standardul
13.	Dacă proba de control este pozitivă toate obiectele și instrumentele se supun repetat etapei de prelucrare presterilizatoare.	Apoi se efectuează iar proba cu Azopiram.
14.	De calitatea prelucrării presterilizatoare este responsabilă asistenta medicală superioară.	

STANDARD

DEZINFECTAREA OBIECTELOR FOLOSITE DE COPIL

Scopul: Pentru a combate infecția nozocomială.
Respectarea cerințelor ordinului MS „Combaterea infecției nozocomiale”
Ordinul MS nr. 264 „Intensificarea activității de combatere a hepatitei virale”.

Indicații:

- Respectarea ordinelor în vigoare a MS;
- Ghidul infecțiilor nosocomiale
- Vor fi utilizate preparatele dezinfectante înregistrate și reînregistrate în RM care sunt incluse în Lista preparatelor dezinfectante înregistrate și reînregistrate în Republica Moldova, aprobată prin Hotărârea medicului șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 20 din 20 octombrie 2006 „Cu privire la aprobarea Listei preparatelor dezinfectante înregistrate în Republica Moldova până la 01.09.06.” cu modificările și completările ulterioare (MO al Republicii Moldova, 2006, nr. 203-206; 2007, nr. 127-130; 2008, nr. 76-77).
- Se vor respecta instrucțiunile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova sau de organelle abilitate din țara de origine privind spectrul de acțiune, concentrația, expoziția, modul de preparare, utilizare, termenii de păstrare și domeniul de aplicare a dezinfectantului.
- Se efectuează înainte și după folosirea obiectelor necesare la îngrijirea copiilor

MATERIALELE NECESARE

- diverse obiecte de îngrijire
- sol. Dezinfectantă H_2O_2 —3% sau soluția indicată conform ordienlor în vigoare
- meșe curate pentru dezinfectare
- recipiente pentru soluție dezinfectată
- vase sterile pentru biberoane

TEHNICA EFECTUĂRII

Obiectul	Sol. dezinfectantă	Metoda. Durata
1. Olița	H_2O_2 — 3%	După folosință se spală bine sub apă curgătoare. Se dezinfectează prin scufundare într-un vas cu H_2O_2 timp de 1 oră. Se usucă, se păstrează pe rafturi.
2. Jucării de cauciuc, plastic	H_2O_2 — 3%	Spălare cu apă și săpun. Apoi ștergere cu o meșă și soluție H_2O_2 3% de două ori cu interval de 15 min.
3. Biberon	Prin fierbere	Se spală bine. Se fierbe într-o cratiță timp de 15 min. și se păstrează uscate într-un vas steril, acoperit.
4. Mușamaua	H_2O_2 — 3%	Se spală pentru a înlătura murdăria. Se șterge cu meșa și soluția H_2O_2 3% cu interval de 15 min. de două ori.
5. Lingurițe, cănuțe.	Vezi dezinfectarea veselei	Conform Standardului.
6. Termometru	H_2O_2 — 3%	Prin scufundare totală în sol. H_2O_2 3% timp de 30 min. uscare.

Scopul: Dezinfecția pentru a combate infecția
Respectarea ordinului MS nr. 288

Indicații: Alimentația artificială a sugarului

MATERIALELE NECESARE

- | | |
|-----------------------------------|--|
| — vas de sticlă gradat steril | — degresant |
| — biberon steril | — periuță pentru sticle sau arici |
| — șervețel sau prosop | — cuptor de uscare |
| — scaun | — cratiță pentru fierbere |
| — amestecuri fierțe a biberonului | — amestecuri fără fierbere |
| — vas pentru biberoane sterile | — amestecuri acre și vas pentru biberoane folosite |

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapile efectuării	Argumentarea
1. Se pregătește unul din amestecurile indicate Pentru alimentație. 2. Se toarnă în sticlă sterilă amestecul. 3. Se verifică t°-ra amestecului. 4. Se fixează biberonul steril 5. Se așează copilul în poziția comodă. 6. Se servește biberonul în gurița copilului după ce am evacuat tot aerul din sticlă. 7. Asistenta medicală sau mama urmărește procesul de sugere. 8. După alimentare copilul este culcat în decubit lateral. 9. Se șterge gurița. 10. Se reorganizează locul de lucru. 11. Se efectuează prelucrarea și sterilizarea biberonului folosit. 11.1 Sticlulele se spală cu apă și soluție degresantă 11.2 Se clătesc bine și se spală cu o perie specială înăuntru. 11.3 Se lasă să se scurgă bine de apă 11.4 Se așează într-o tavă metalică cu orificii în poziție culcată. 11.5 Se instalează în cuptorul de sterilizare pe rafturi speciale. 11.6 Se sterilizează timp de o oră la temperatura de 180° 12. Dezinfecția biberoanelor 12.1 După folosință se spală aparte într-un vas. 12.2 Se spală bine în apă cu soluție degresantă. 12.3 Se clătesc bine sub un get de apă curgătoare. 12.4 Se sterilizează prin fierbere în apă fiartă timp de 15 min. 12.5 Se păstrează biberonul uscat într-un borcan steril acoperit.	La indicația medicului Cantitatea în dependență de vârstă Să fie de 36°—37° În dependență de vârstă Se va evita regurgitația Pentru a evita pătrunderea aerului, stoparea scurgerii din sticlă prin biberon Pentru combaterea infecției Pentru a înlătura grăsimea Pentru a înlătura toate resturile Pentru combaterea infecției Pentru a înlătura grăsimea Pentru a înlătura toate resturile

STANDARD

COMBATAREA PEDICULOZEI

Scopul: Efectuarea măsurilor de prevenire a tifosului exantematic

Indicații: Respectarea ordinului în vigoare al MS
În caz de depistare a pediculozei

MATERIALELE NECESARE

- sol. Nitifor sau Anti-P sau Pedilin sau soluția indicată în ordinele de vigoare
- pieptene des
- apă caldă
- scutec
- prosop
- lighean
- șampon
- sol. Acid acetic 6%
- termometru pentru apă
- fișa medicală
- mănuși de cauciuc
- burete moale
- căciuliță de mușama

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele efectuării	Argumentarea
1. Asistenta medicală precizează prezența lindenelor sau a păduchilor.	Prin examinare vizuală
2. Se pregătește necesarul în sala de baie	Se asigură comoditatea
3. Se așează pacientul în poziție comodă și se dezgolește capul.	Se asigură acces
4. Asistenta medicală îmbracă mănușile de cauciuc	Pentru protecție
5. Se verifică valabilitatea și denumirea soluției pentru deparazitare.	Pentru a fi eficace
6. Se aplică cu buretele moale sau cu un tampon de tifon soluția pe părul capului.	Pentru a îmbiba tot părul
7. Se acoperă capul cu căciulița de mușama și o aleză pe 30 min.	Ca să acționeze soluția
8. Asistenta medicală pregătește apa în lighean	Pentru a spăla capul
a) Măsoară t ^o apei, să fie 37°—40°C cu termometrul pentru apă	
b) După expirarea celor 30 min. se spală capul cu șampon	Conform cerințelor pentru a înlătura resturile soluției și poziții
9. Se clătește cu apă curată și sol. acid acetic 6%	Pentru a înlătura paraziții
10. Se usucă părul cu un prosop	Se va respecta ord. Nr. 420 al M.S.
11. Se așterne o aleză pe umeri	Pentru a evita răspândirea paraziților
12. Se piaptână părul cu pieptene des	Pentru a înlătura paraziții
13. Se notează în fișa medicală data prelucrării și semnătura asistentei medicale	
14. Se reorganizează locul de lucru	
15. Se dezinfectează obiectele folosite	Se respectă standardele respective

STANDARD

PREGĂTIREA CASOLETEI PENTRU STERILIZARE

Scopul: Pentru a pregăti materialele și instrumentele pentru sterilizare

Indicații: Pentru prelucrarea și dezinfectarea regiunii pelviene.
Pentru a efectua tactul vaginal.
Pentru a efectua amniotomia.

MATERIALE NECESARE:

- cazoleta medie;
- scutec mare;
- 10 scutece pentru 10 seturi;
- tampoane de vată;
- 10 pense pentru 10 seturi;
- pensă de serviciu;
- 2 flaconașe pentru testul de control a calității de sterilizare.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele efectuării	Argumentarea
Se spală și se dezinfectează cazoleta în interior și exterior	Cu Sol H ₂ O ₂ 3%, cu o meșă pentru ștergere.
Moașa își spală mâinile și le dezinfectează	Protecția de infecție
Se așterne o aleză desfăcută la fundul cazoletei ca marginile să fie în afara cazoletei	Conform cerințelor
Se pregătesc 10 seturi în felul următor: a) pe aleza împăturită în patru se aranjează o pensă, 3—4 tampoane de vată și un amniotom; b) se împachetează formând un rulou c) se aranjează în cazoleta.	Marginile scutecului se împăturesc înăuntru în poziție orizontală
Pe aleza de la fund se așează flaconul pentru testul de control al calității de sterilizare.	Controlul calității sterilizării
Se aranjează seturile — câte încap	Numărul 10—15 seturi
Se învelesc deasupra seturile cu marginile alezei așezat la fundul cazoletei.	
Se instalează o pensă deasupra	Este pensa de lucru
Se așează flaconul pentru proba de control a sterilității	
Se închide capacul, se fixează bine.	
Se atașează eticheta:	
Set pentru examinare	
Secția de naștere Nr. 1	
-//-	
Se deschid orificiile cazoletei	Ca să fie posibilă sterilizarea
Se împachetează în saci	Conform cerințelor
Se transportă în secția de sterilizare	Se sterilizează prin autoclavare
Se notează în registrul special, data, denumirea cazoletelor și numărul, semnătura moașei	
După sterilizare orificiile se închid	
Durata valabilității dacă cazoleta nu a fost deschisă — valabilă 6 ore.	
La deschiderea cazoletei verificăm — dacă este eticheta: <i>Steril Deschis - 15.04.09</i> <i>Ora 15.00</i> <i>15.04.09 a/m. Calancea</i> — pe această etichetă se notează în secție ora deschiderii, data și semnătura moașei.	

STANDARD

PREGĂTIREA TAMPOANELOR PENTRU STERILIZARE

Scopul: De a asigura cu materiale sterile diverse proceduri.

Indicații: Folosirea tampoanelor sterile cu scop de dezinfectare a pielii.
Ca material pentru hemostază.

MATERIALE NECESARE:

- casoleta medie
- test-probă de control a calității de sterilizare
- tampoane de vată și de tifon confecționate de moașă;
- scutec;
- masă acoperită cu cearșaf;
- sală specială pentru confecționare;
- sol apă oxigenată 3%

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele efectuării	Argumentarea
1. Moașa spală casoleta și o dezinfectează	Cu o meșă îmbibată cu sol apă oxigenată 3%
2. Moașa își spală mâinile și le dezinfectează	Asigură combaterea infecției
3. Se așterne la fundul casoletei o aleză desfăcută cu marginile în afara casoletei	Conform cerințelor
4. Se așează testul de control la fundul casoletei	Pentru a verifica calitatea sterilizării
5. Se aranjează tampoanele de vată confecționate	Ca să fie casoleta plină
6. Se învelesc cu marginile scutecului	
7. Se așează proba de control și pensa de lucru de asupra	Conform cerințelor — 2 probe de control
8. Se deschid orificiile casoletei	Ca să fie accesibilă sterilizarea
9. În altă casoleta la fel se aranjează tampoane de tifon confecționate în secție	
9.1 Se procedează la fel – vezi punctele 1—8	Vezi Standardul
10. Confecționarea tampoanelor: a) În încăpere specială se pregătește o masă acoperită cu cearșaf; b) Moașa spală mâinile și le dezinfectează; c) Cu foarfecele se taie fâșii de tifon 2,0 x 15 cm; d) Se împăturesc fiecare fâșie aparte în așa mod ca marginile să fie înăuntru și tampoanele pregătite au forma unui triunghi;	Confecționarea manuală cere mult timp și precizie Ca să fie asigurat tot volumul de lucru Pentru a satisface cerințele secției
11. Tampoanele de vată se confecționează de aceeași mărime cu mâinile;	
12. Se pregătesc tampoane de vată pentru 4 casolete odată;	
13. Se pregătesc tampoane de tifon pentru 6 casolete odată.	
14. Se transportă la secția de sterilizare prin autoclavare	Vezi Standardul

STANDARD PREGĂTIREA ALEZELOR PENTRU STERILIZARE

Scopul: De a asigura secția cu scutece sterile.

Indicații: Pentru a proteja lenjeria.
Pentru protecția ruperii premature a lichidului amniotic.
Pentru acoperirea tăviței sterile

MATERIALE NECESARE:

1. Casoleta medie;
2. Aleze;
3. Test pentru controlul calității de sterilizare

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Scutecele să fie spălate-curat	Combaterea infecției
Se spală și se dezinfectează casoleta	Cu soluție apă oxigenată 3%
Se spală mâinile și se dezinfectează	Vezi standardul respectiv
Se așează o aleză desfăcută cu marginile în afară, la fundul caso- letei	
Se așează testul de control	
Se aranjează alezele împăturite în 8 în total 20 bucăți	Să nu fie prea compact ca să fie posibilă sterilizarea
Se acoperă cu marginile alezei	
Se așează încă o probă de control și pensa de lucru	Conform cerințelor
Se închide casoleta	Se fixează bine capacul
Se deschid orificiile	Ca să fie accesibilă sterilizarea
Se atașează eticheta: <i>Scutece sterile</i> <i>Secția de naștere Nr. 1</i>	
Se transportă la secția de sterilizare prin autoclavare	Vezi Standardul

STANDARD

PREGĂTIREA PENTRU STERILIZARE A SETULUI PENTRU NAȘTERE

Scopul: De a asigura fiecare naștere cu set steril.

Indicații: Pentru a asista nașterea și a asigura cu necesarul steril.
Combaterea infecției.

MATERIALE NECESARE:

- casoleta mare;
- test de control;
- setul de instrumente pentru controlul în valve;
- setul de instrumente pentru prelucrarea I și II a cordonului ombilical;
- cămașă pentru parturientă;
- halat pentru moașă;
- bahile pentru parturientă;
- mănuși de unică folosință;
- tăviță renală;
- 3 recipiente.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Casoleta se spală, se dezinfectează	Cu o meșă îmbibată cu apă oxigenată 3%
Moașa spală mâinile, le dezinfectează	Combaterea infecției
Se așează comod toate instrumentele pentru a pregăti seturile	Se folosește o încăpere specială
Instrumentele trebuie să fie spălate, dezinfectate	Vezi dezinfectarea obiectelor de metal
Urmează pregătirea seturilor;	
I. Set pentru prelucrarea regiunii pelviene: a) Se aranjează o pensă cu 3—4 tampoane de vată pe un scutec; b) Se împătorește.	Se pregătesc 3 seturi pentru o casoleta mare
II. Set pentru controlul în valve: a) Pe aleza desfăcută se aranjează 2 valve metalice, 2 pense în formă de inimă, 1 portac, 2 foarfece, 2—3 ace de cusut, o pensă anatomică; b) Se rulează ca marginea să fie înăuntru.	Se pregătesc 3 seturi pentru o casoleta mare
III. Set pentru prelucrarea I-i cordonului ombilical: a) aleza împăturită în 4 se aranjează 3 cleme, 1 foarfecă, o „păpușă“; b) se împătorește totul comod.	„Păpușa„ include; o ligatură, o compresă de tifon, un triunghi de tifon, o baghetă cu tampon de vată.
IV. Set pentru prelucrarea a II-a cordonului ombilical: a) Pe un scutec împăturit în 4 se aranjează un foarfecă, o pensă, o „păpușă“; b) Se împătorește aleza.	-//-
V. Set alcătuit din cămașă pentru parturientă, halat pentru moașă, halat pentru medic, o pereche de bahile	In total se pregătesc 3 seturi pentru o casoleta mare
Se împachetează într-un scutec câte un set: I, II, III, IV, V.	
Se pregătesc în total 3 asemenea seturi	Se folosesc la 3 nașteri
Se aranjează în casoleță setul pe aleza desfăcută așezat la fundul casoletei	
La fundul casoletei se instalează proba de control	Pentru a verifica calitatea sterilizării
Se învelește setul cu marginile alezei	
Se instalează de asupra testul de control și pensa de lucru	
Se închide casoleța	
Se deschid orificiile laterale	Ca să fie posibilă sterilizarea
Se atașează eticheta: <i>Set pentru naștere Secția de naștere Nr. 1</i>	Vezi Standardul
Se transportă în secția de sterilizare	Sterilizare în autoclav
Durata valabilității 24—72 ore dacă nu a fost deschisă casoleta	

Scopul: Respectarea condițiilor sterile

Indicații: În caz de hemoragie uterină

MATERIALE NECESARE:

- măsuța pe roțile;
- casoleta cu setul steril;
- mănuși sterile;
- tăvița pentru eliminări vaginale;
- vas pentru submerjarea instrumentelor și dezinfectarea ulterioară;
- tampoane de tifon steni.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Se anunță lăuza și se explică necesitatea examinării	Se respectă dreptul la informație
Moașa pune la îndemâna medicului măsuța cu necesarul pregătit	Se asigură comoditate
Spălarea și dezinfectarea mâinilor moașei, medicului	Vezi Standardul
Îmbrăcarea mănușilor sterile	Pentru protecția de infecție
Medicul efectuează examenul în valve	
Moașa asistă	Va fixa valvele. Va servi tampoane
După procedură instrumentele se instalează într-un vas cu apă	Pentru ca sângele să nu se usuce
Se spală sub un get de apă cu peria	Pentru a înlătura resturile
Se dezinfectează prin submerjarea în sol. H_2O_2 6% — 1 oră	Pentru combaterea infecției
Lăuza rămâne pe masă pentru toaleta după naștere	Vezi standardul

STANDARD

ACOPERIREA MESEI STERILE PENTRU PANSAMENTE

Scopul: Pentru a asigura menținerea sterilității materialelor pentru pansament.

Indicații: În mod obligatoriu în sala de pansamente;
Se acoperă o dată în 6 ore;
În cazuri de urgență;
Pentru a permite transportarea pentru pansament la patul bolnavului.

MATERIALE NECESARE:

- măsuța pe roțile;
- casonete sterile;
- 4 clame sterile;
- tampoane de tifon și vată;
- pense sterile;
- sol. medicamentoase;
- material pentru pansament; emplastru;
- echipament pentru asistenta medicală: mască, bonetă, halat, mănuși.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Spălare pe mâini de 2 ori, dezinfectarea, îmbrăcarea mănușilor	Pentru a combate infecția
Se dezinfectează suprafața măsuței	Pentru a combate infecția
Se schimbă mănușile sterile	Pentru protecție
Infirmiera deschide casoneta	Pentru a păstra sterilitatea mănușilor asistentei medicale
Cu pensa sterilă se ia mușamaua se așterne pe suprafața mesei. La fel se iau 2 aleze și se aștern peste mușama	Ne vom folosi de 2 pense
Alte 2 aleze ținându-le cu 2 pense se aștern deasupra în așa mod ca să fie mai lungi decât cele 2 de deasub.	Se asigură suprafața pentru a acoperi obiectele de pe măsuță
Se fixează 2 clame la ambele margini ale alezelor de de-asupra	O clamă în ambele părți pentru a le fixa bine
Se rulează scutecul de-deasupra sul formă de pliuri în așa mod ca ambele clame să fie situate la marginea mesei	Pentru a avea acces la scutecul de deasub
Cu pensa sterilă se așează într-o ordine anumită vasele sterile	În ele se toarnă alcool, 70 grade, iod, etc.
Apoi se instalează materialele pentru pansament și instrumentele necesare	Instrumentele sterile din etuvă sau casonetă
Se acoperă la loc atent	Fără a atinge pentru a nu distiliza
Măsuța este gata pentru a fi transportată în salon	La bolnavii gravi pansamentul se efectuează în pat

STANDARD

ACOPERIREA MĂSUȚEI STERILE ÎN SALA DE TRATAMENTE

Scopul: Pentru a crea condiții sterile de lucru
Pentru a respecta Standardele de lucru în sala de tratamente.

Indicații: Înainte de a începe ziua de lucru în sala de tratamente

MATERIALE NECESARE:

- cazoletă sterilă cu aleze
- cazoletă sterilă cu comprese de vată și tifon
- recipiente sterile—3
- tăviță sterile din cuptorul de sterilizare în sala de tratamente
- pense sterile
- cuve sterile
- mușama sterilă
- mască și bonetă
- halat special de lucru
- mănuși sterile
- foarfece steril

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală dezinfectează suprafața măsuței cu sol H_2O_2 —6%	Combaterea infecției
2. Asistenta medicală spală mâinile, îmbracă halatul pentru proceduri, fixează masca și boneta.	- //-
3. Dezinfectează mâinile și îmbracă mănușile sterile	
4. Asistenta medicală verifică eticheta de pe cazoleta cu aleze și tamponne	Să fie valabilă
5. Altă persoană deschide cazoleta cu capacul de la asistenta medicală spre persoana care ajută	Se asigură acces și comoditate
6. Cu pensa sterilă de lucru din cuptorul de sterilizare asistenta medicală va scoate atent mușama și acoperă suprafața măsuței.	Să se mențină suprafața mușamalei sterile.
7. Asistenta medicală verifică testul de control a calității de sterilizare.	Testul indică schimbarea culorii sau topirea
8. Cu 2 pense asistenta medicală scoate din cazoletă și așează peste mușama două aleze împreună	Se asigură o fixare bună.
9. Alte 2 aleze fixate împreună se așează deasupra, dar capătul lor din față trebuie să fie mai lung decât celelalte două.	
10. Se închide cazoleta	
11. Se fixează la două capete din spatele măsuței câte o clamă pentru a fixa concomitent toate cele 4 straturi ale scutecelor.	Cu ele se va lucra când se acoperă sau Se descoperă obiectele sterile de pe măsuță
12. Alte 2 clame se fixează la marginea de jos numai pe cele două scutece de asupra.	
13. Se rulează stratul de asupra ținând cu ambele mâini clamele	Se eliberează mijlocul măsuței sterile
14. Din cuptorul de sterilizare cu pensa sterilă se instalează pe măsuță pense, tăvițe sterile, borcănase etc.	
15. Din cazoletă specială cu pensa sterilă se așează pe măsuță comprese de tifon, comprese și tamponne de vată sterile	
16. Se acoperă obiectele sterile cu cele două scutece al stratului de deasupra	Toate obiectele necesare
17. Se notează în registru data, ora acoperirii, măsuței și semnătura asistentei medicale.	Se respectă Etapele din punctul 5, 6, 7.
18. Măsuța acoperită este valabilă 6 ore.	Atent pentru a menține totul steril.
19. În caz de necesitate se repetă acoperirea măsuței sterile la fiecare 6 ore	

STANDARD

ACOPERIREA TAVEI STERILE

Scopul: De a crea condiții sterile pentru efectuarea injecțiilor, punțiilor, perfuziilor.

Indicații: Pregătirea locului de lucru înainte de injecții
La fiecare 2 ore de lucru
Respectarea Standardelor de activitate în sala de tratamente.

MATERIALE NECESARE:

- halat pentru lucru în sala de tratamente
- mănuși sterile
- bonetă
- mască
- tavă dreptunghiulară sterilă
- pense sterile — 2
- cassoletă cu scutece sterile

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală îmbracă halatul, masca și boneta.	Pentru protecție Vezi Standardele respective Să se respecte cerințele de lucru cu cassoleta sterilă.
2. Spălarea pe mâni, dezinfectarea și îmbrăcarea mănușilor sterile	
3. Cu pensa sterilă de pe măsuța sterilă va lua tava sterilă și o va instala pe măsuța de lucru.	
4. Din cassoletă sterilă cu pensa sterilă se ia aleza sterilă și se așterne pe tava sterilă	Pentru a menține sterilitatea
5. Cu 2 pense se va așeza aleza pe tavă în 4 straturi în așa mod ca să fie comod accesul la toate straturile.	
6. Cu pensa sterilă se va instala pe tavă tampoane de vată sterilă sub stratul 1.	Pentru combaterea infecției
7. Pensele se instalează în recipiente sterile de pe măsuța de lucru în sol. de H ₂ O ₂ — 6%	
8. Aleza acoperită se schimbă la fiecare 2 ore.	
9. Aleza folosită se instalează pe o tăviță specială de pe raftul 2 al măsuței	

STANDARD

PREGĂTIREA MESEI STERILE CĂTRE NAȘTERE

Scopul: Crearea condițiilor sterile pentru naștere
Combaterea infecției intra spitalicești

Indicații: Pentru fiecare naștere.
La deschiderea completă a colului uterin

MATERIALE NECESARE:

- Masă pe rotile;
- Vas cu sol. H_2O_2 —3%;
- Cazoleta sterilă cu set pentru naștere;
- Mănuși sterile;
- Sondă vezicală;
- Pară de cauciuc sterilă
- Recipiente sterile
- Medicamentele indicate
- Cazoleta cu tampoane-comprese de vată și tifon sterile
- Aleze sterile

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Se dezinfectează suprafața mesei cu o meșă îmbibată în sol. H_2O_2 : — 3%;	Ștergerea 2 ori. cu interval de 15 minute. Combaterea infecției
Moașa își dezbracă halatul pentru curățenie și îmbracă în costum chirurgical	Pentru autoprotecție
Îmbracă masca, șorțul, mănușile sterile	Conform cerințelor
Spală mâinile	Vezi Standardul
Dezinfectează mâinile	Combaterea infecției
Altă persoană deschide cazoleta	Se deschide de la moașă spre asistentă
Se verifică calitatea sterilizării	Testul — probă de control, să fie pozitiv
Se așterne pe masă aleză-mușama	
Se scoate cu pensa setul pentru naștere	Moașa va lucra numai cu pensa sterilă
Se așterne setul pe masă	
Se aranjează din altă cazoletă tampoanele sterile	Respectarea cerințelor aseptice
La îndemână se va instala para de cauciuc	Pentru a aspira secrețiile din năsuc și guriță
A doua moașă gătește seringă și medicamentele indicate de medic	Oxitocină 5 un. Novocaină 0,5% Methylergometrină 5 un.
Se instalează 3 recipiente sterile pentru: — Alcool etilic 70° — Alcool etilic 96,° — T-ră de iod 1%	Dezinfectarea mâinilor. Dezinfectarea cordonului ombilical. Badijonarea regiunii pelviene
Se îmbracă halatul steril	Respectarea asepsiei totale
Îmbracă mănușile sterile	
Se dezinfectează mănușile cu alcool etilic 70°	Sterilitate dublă
Toate materialele instalate pe masa pentru primirea nașterii sunt acoperite cu un scutec steril	Pentru protecție
Setul este valabil pentru folosință 2 ore	Conform cerințelor
Se notează cu pixul pe scutecul de deasupra data, ora acoperirii mesei și semnătura moașei	Pentru a nu depăși termenul de 2 ore și condiții sterile.

STANDARD

STERILIZAREA ÎN CUPTORUL POUPINEL

Scopul: De a distruge microbii prin acțiunea aerului uscat fierbinte — $T^{\circ}+180^{\circ}\text{C}$, durata 60 minute.

Indicații: Toate obiectele și instrumentele de metal, sticlă și emailate.

MATERIALE NECESARE:

Cuptorul Poupinel cu panoul automat de control, cutii metalice cu orificii, obiecte și instrumente respective de metal, sticlă și emailate, test-probă de control a calității de sterilizare, registru de evidență, pensa de lucru.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se supun sterilizării obiectele și instrumentele după folosință și prelucrare.	Pentru a asigura locul de lucru cu instrumente sterile.
2. Prelucrarea și dezinfectarea obiectelor, instrumentelor până la sterilizare.	Vezi standardul.
3. Apoi se așează în cutii metalice cu orificii obiectele și instrumentele într-un singur strat.	Să fie demontate.
4. Se separă instrumentele tăioase-întepătoare.	Pentru a evita pericolul.
5. Se așează cutiile pe raftul cuptorului de sterilizare	Sau etuvă; sau cuptorul Poupinel
6. Pe fiecare raft se instalează între instrumente testul-probă de control.	În flacon astupat bine praf de Dime-drol sau la indicații alt preparat-test
7. La margine se instalează o pensă de lucru.	Pentru comoditate.
8. Se închide ușa cuptorului.	
9. Se conectează aparatul la circuit.	
10. Se apasă butonul „90°C”	Pentru uscare.
11. Se deschide orificiul din partea de sus a cuptorului.	Ca să se elimine vaporii formați.
12. Se apasă butonul care indică durata de uscare.	Dacă instrumentele sunt uscate.
13. Se apasă butonul care indică „Conectat”.	Se aprinde beculețul respectiv.
14. După uscare se apasă butonul care indică $T^{\circ}+180^{\circ}\text{C}$ și butonul care indică timpul — 60 minute.	Se programează regimul de sterilizare.
15. În timpul sterilizării se închide orificiul de pe capacul aparatului.	
16. După expirarea timpului programat aparatul dă de veste prin sunet specific.	
17. Asistenta medicală apasă butonul „Deconectat”.	
18. Se lasă totul închis până la 30 minute.	Ca să se răcească instrumentele.
19. Se deschide ușa cuptorului.	
20. Se verifică rezultatul test-probei de control.	Praful este topit, culoarea întunecată.
21. Dacă praful probei de control nu sa topit și nu si-a schimbat culoarea nu s-a ajuns $T^{\circ}+180^{\circ}\text{C}$ și se repetă sterilizarea.	Obiectele nu-s sterile.
22. Dacă test-proba este pozitivă instrumentele pot fi folosite.	Durata 6 ore de la deschidere.
23. Asistenta medicală notează rezultatul probei în registrul respectiv indică ora, data, și rezultatul probei, și semnează.	
24. Instrumentele se vor lua din cuptorul de sterilizare cu pensa de lucru.	

STANDARD STERILIZAREA MEȘELOR

Scopul: De a efectua dezinfectarea și sterilizarea corectă.

Indicații: Pentru a respecta regimul sanitar antiepidemic în secție.

MATERIALE NECESARE:

- cazoleta mică;
- meșe curate;
- test de control a calității de sterilizare

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Meșele să fie spălate, curate	Combaterea infecției
Se dezinfectează cazoleta	Cu soluție apă oxigenată 3%
Se așează o aleză desfăcut la fundul cazoletei cu marginile în afară	Conform cerințelor
Se așează testul de control	
Fiecare meșă se împăturește în mai multe straturi, depinde de mărimea meșei	Se asigură comoditate în așezare în cazoletă
Se aranjează 10—12 meșe împăturate	Să nu fie prea compact, ca să fie posibilă sterilizarea
Se acoperă cu capetele alezei	Pentru a le fixa
Se așează încă o proba de control deasupra și o pensă de lucru	Pentru a verifica calitatea sterilizării
Se închide cazoleta	Se fixează bine capacul
Se deschid orificiile	Pentru a permite pătrunderea aburului fierbinte
Se atașează eticheta	
Meșe sterile, Secția de naștere Nr. 1 Se transportă în secția de sterilizare	Pentru sterilizare în autoclav
Durata valabilității este 6 ore după deschiderea cazoletei	Vezi Standardul

STANDARD**PREGĂTIREA MESEI DE LUCRU ÎN SALA DE TRATAMENTE**

Scopul: De a pregăti și a menține condiții sterile pe măsuța de lucru în sala de tratamente.

Indicații: Zilnic se pregătește masa de lucru conform standardului.
Se respectă ord. Nr. 408; Nr. 280 Combaterea hepatitei virale și SIDA

MATERIALE NECESARE:

Măsuța de lucru cu 2 rafturi, alcool 70 grade, beschioare — pile de metal, 2 recipiente sterile, 2 pense.
Setul pentru Si DA, alcool, albucid 25—30% — 1 fiolă, permanganat de K, seringă fără ac,
sol H_2O_2 — 6%, emplastru, soluție de iod 3—5%, degetar de cauciuc, mănuși sterile,
soluție Protargol — 1%, mănuși de lucru. Raftul de jos: 5 tăvițe renale, garou, pernuță de nisip.

TEHNICA EFECTUĂRII:

Etapele	Argumentarea
Se îmbracă mănuși pentru protecție	În loc de mănuși se poate folosi pensă
Dimineața se dezinfectează suprafața măsuței prin ștergere cu soluție ESAN 1% (1:16) sau cu soluție indicată în ordinul MS	Pentru combaterea infecției
Se scot mănușile după dezinfectarea suprafețelor	Se respectă continuitatea etapelor
Se spală mâinile	Vezi Standardul
Se îmbracă mănușile sterile	Vezi Standardul
Cu pensa se instalează pe polița de sus 2 recipiente	
În borcănase se toarnă alcool 70 grade și se instalează câte o pensă	Volumul 2/3
Se aranjează apoi setul pentru SIDA	
Se pregătește tava dreptunghiulară sterilă acoperită	Vezi Standardul
Urmează aranjarea tăvițelor renale pe polița de jos a măsuței	
O tăviță pentru fiole folosite.	
Alta tăviță pentru seringi și tamponane folosite.	Să fie din metal emailat sau inoxidabil.
Tăvița pentru lichid la montarea sistemului pentru perfuzie.	
Tava dreptunghiulară pentru scutecile folosite.	Care se schimbă la fiecare 2 ore.
Tava pentru garou și permută dezilectantă.	
Măsuța pregătită în așa mod este valabilă pentru folosință 12 ore.	La fiecare 12 ore se repetă procedura.

CAPITOLUL II

PREGĂTIREA PACIENTULUI PENTRU INVESTIGAȚII

1. Pregătirea pentru puncția pleurală la copil	50
2. Pregătirea pentru puncția lombară = rahidiană la copii	52
3. Pregătirea pentru puncția sternală (osoasă)	53
4. Pregătirea pacientului către puncția venei subclavia — denudare — la copii.	54
5. Pregătirea pentru puncția venei subclavia — Denudare — la matur	55
6. Pregătirea pacientului pentru puncția abdominală — paracenteza	56
7. Pregătirea pentru puncția articulară.	58
8. Pregătirea bolnavului pentru bronhoscopie	59
9. Pregătirea pacientului pentru spirometrie.	60
10. Pregătirea copiilor pentru ecg	60
11. Pregătirea pentru irigoscopie.	61
12. Pregătirea pentru fgds — fibrogastroduodenoscopie.	62
13. Pregătirea către usg organelor abdominale	63
14. Pregătirea pentru usg organelor bazinului.	64
15. Pregătirea pentru trepanobiopsie	65
16. Pregătirea pacientului pentru fistulografie.	66
17. Pregătirea pentru macroradiografia cutiei toracice la copii	67
18. Pregătirea pentru examenul radiologic al stomacului	67
19. Pregătirea preoperatorie a pacientului în caz de urgență.	68
20. Pregătirea pentru lavajul traheii	69
21. Pregătirea preoperatorie a pacientului (în mod planificat)	70
22. Pregătire pentru rectosigmoidoscopie.	72
23. Pregătirea pentru colonoscopie.	73
24. Pregătirea bolnavului pentru urografie i/v.	74
25. Pregătirea bolnavului pentru cistoscopie.	75
26. Pregătirea pentru puncția biopsică a rinichiului.	76
27. Pregătirea preoperatorie pentru transplantul renal	77

STANDARD

PREGĂTIREA PENTRU PUNCȚIA PLEURALĂ LA COPIL

Scopul: Recoltarea lichidului din cavitatea pleurală pentru examenul de laborator.
Evacuarea lichidului din cavitatea pleurală cu scop de tratament.

Indicații: La indicația medicului în caz de acumulare de lichid în cavitatea pleurală sau în caz de pneumotorax.

MATERIALE NECESARE:

- Masa de reanimare
- Scutece sterile pentru masa de reanimare
- Mănuși sterile pentru asistenta medicală și medic
- Tăviță sterilă
- Tampoane sterile de vată și tifon
- Ac pentru puncția pleurală
- Pensă sterilă
- Sol. Alcool 70°
- Tinct. Iod 5%
- Emplastru
- Suport pentru eprubete
- Eprubetă sterilă
- Tăviță pentru resturi
- Îndreptare la laborator
- Compresse sterile în locul puncției pleurale – pentru câmpul steril
- Ace cu mandrin
- Dren steril cu clemă
- Sol. novocaină 0,5% +seringa 10 ml

TEHNICA PREGĂTIRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicului 2. Se informează părinții de necesitatea acestei puncții 3. Asistenta medicală spală mâinile, le dezinfectează, îmbracă mănușile sterile. 4. Se pregătește necesarul și se așează lângă masa de reanimare. 5. Se încurajează copilul și se explică necesitatea procedurii. 6. Se transportă copilul din salon în sala de reanimare. 7. Se dezgolește cutia toracică. 8. Se menține în sala de reanimare $t^{\circ} + 22^{\circ}\text{C}$ 9. Poziția copilului șezând la marginea mesei de reanimare. 9.1 Picioarele fixate 9.2 Corpul puțin aplecat înainte 9.3 Mîna de partea bolnavă se ridică după cap până la urechea opusă. 10. Poziția copilului în decubit lateral pe partea sănătoasă. 10.1 Să fie culcat la marginea mesei cu spatele către medic. 10.2 Mîna de partea bolnavă se ridică după ceafă. 10.3 Concomitent se vor fixa picioarele	Se va preciza numele copilului și procedura Se respectă dreptul la informare și ca să accepte Conform Standardului pentru combaterea infecției Se asigură comoditatea Ca să accepte și să coopereze În brațe, depinde de vîrstă Se asigură accesul liber Pentru a evita suprarăcirea Dacă starea copilului nu este gravă. Pentru a dilata spațiile intercostale Dacă starea este gravă Pentru a avea acces la locul puncției Se menține fixată de altă asistentă medicală Pentru a evita mișcările și traumarea

Tehnica puncției

Medicul	Asistenta medicală I	Asistenta medicală II
11.1 Medicul examinează radiografia	Asistenta medicală pregătește radiografia cu-tei toracice	—
11.2 Stabilește locul puncției	—	—
11.3 —	Dezinfectează locul puncției cu tinc. Iod 5% + alcool 70°, aruncă tampoanele folosite la resturi, servește seringă cu anestetic.	Menține postura copilului și comunică cu el.

11.4 Efectuează anestezia	—	—
11.5 Așteaptă efectul la anestezie	Servește mănușile sterile medicului, servește câmpul steril	Supraveghează pacientul și menține postura
11.6. Fixează câmpul steril	Servește acul pentru puncție, dezinfectează locul puncției	—
11.7 Efectuează puncția	Servește drenul steril	—
11.8 Se introduce drenul prin ac și se scoate acul	Servește tăvița pentru acul folosit	—
11.9 Deschide clema de la dren și urmărește lichidul sau aerul eliminat	Servește eprubeta pentru recoltarea lichidului pleural și suportul pentru eprubetă.	Supraveghează starea copilului
11.10 Fixează drenul cu emplastru, se instalează capătul drenului la un prelungitor într-un flacon cu ser fiziologic steril.	Urmărește eliminarea prin dren	Supraveghează starea copilului și menține postura.
11.11 La sfârșitul procedurii se extrage drenul	Instalează drenul în tăvița pentru resturi	—
11.12 Se aplică pansament steril	Dezinfectează locul puncției, fixează pansamentul cu emplastru	Îmbracă copilul
11.13 —	Reorganizează locul de lucru	Transportă copilul în brațe în salon
11.14 —	—	Instalează copilul comod în pat
12. Se completează buletinul de analiză: exemplu. 13. Se transportă eprubeta în laborator 14. Copilul respectă regim la pat 15. Se supraveghează starea generală, R, P.		<i>Laborat. Clinic Secția reanimare</i> <i>Lichid pleural la examen clinic</i> <i>Ana Guțu, 2 ani</i> 15/04/2009 as. med. însoțită de îndreptare Termenul este indicat de medic Pentru a preveni complicațiile

STANDARD

PREGĂTIREA PENTRU PUNCȚIA LOMBARĂ = RAHIDIANĂ LA COPII

Scopul: De diagnostic, pentru a recolta lichidul rahidian la examenul de laborator

Indicații: Pentru a preciza diagnosticul la indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

- | | |
|---|---|
| — masă de reanimare | — tinct. Iod 5% |
| — scutec steril pentru masă | — eprubetă |
| — pentru asistenta medicală și medic mănuși sterile | — suport pentru eprubetă |
| — tăvița sterilă | — emplastru |
| — tampoane sterile | — tăviță pentru resturi |
| — acul pentru puncția lombară | — îndreptare la laborator |
| — pensa sterilă | — comprese de tifon sterile pentru câmpul chirurgical |
| — sol. Alcool 70° | — ac cu mandrin |
| — mască, halat | |

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicului. 2. Se informează părinții de necesitatea acestei puncții. 3. Asistenta medicală spală mâinile, le dezinfectează, îmbracă mănușile sterile. 4. Se pregătește necesarul și se așează lângă masa de reanimare. 5. Se încurajează copilul și i se explică necesitatea procedurii. 6. Se transportă copilul din salon în sala de reanimare 7. Se dezbracă copilul total. 8. Poziția copilului în decubit lateral cu capul aplecat spre genunchi și picioarele împreună și flexate la genunchi. 9. Se menține în sala de reanimare t°+ 22°C 10. Efectuarea puncției	Se va preciza numele copilului, procedura Se respectă dreptul la informare și ca să accepte Conform Standardului Pentru combaterea infecției. Se asigură comoditatea Ca să accepte și să coopereze În brațe sau în dependență de vîrstă Se asigură acces Pentru a lărgi spațiile intervertebrale Pentru a evita suprarăcirea

Medicul	Asistenta medicală I	Asistenta medicală II
1. —	—	Menține pacientul în decubit lateral prin fixare
2. Stabilește locul puncției	—	Urmărește și calmează copilul
3. —	Pregătește locul puncției și dezinfectează cu tinct. Iod 5% apoi cu alcool 70°.Tampoanele folosite se aruncă la resturi	— combaterea infecției
4. Face anestezie locală	Asistenta medicală servește seringă medicului.	—
5. Medicul așează câmpul steril sub locul puncției	Servește câmpul steril	Supraveghează și comunică cu copilul
6. —	Dezinfectează locul puncției și servește acul pentru puncție.	—
7. Efectuează puncția	—	—
8. Se scoate mandrinul	Servește eprubeta pentru recoltarea lichidului și suportul pentru eprubetă.	Menține poziția copilului
9. Menține acul introdus	Servește tăvița pentru lichid	—
10. Retrage acul de puncție	Dezinfectează locul puncției cu alcool 70°, comprimă locul puncției cu o compresă sterilă. Aplică pansament uscat și-l fixează cu emplastru	Readuce copilul în poziție de decubit dorsal =DD.
Copilul este transportat în brațe în salon de către a doua asistentă medicală Se instalează în pat în DD fără pernă pentru 4 ore Se supraveghează respirația Ps. Se reorganizează locul de lucru. Se completează îndreptarea în laborator. Exemplu: În laborat. clinic — sec. reanimare Lichidul cefalorahidian Ala Guțu 2 ani 11.04.09 as. med. 11. Se transportă în laborator eprubeta		— Se respectă repaus total Pentru a evita complicațiile — Însoțită de îndreptare

STANDARD

PREGĂTIREA PENTRU PUNCȚIA STERNALĂ (OSOASĂ)

Scopul: Recoltarea măduvei osoase pentru examinare

Indicații: În maladii hematologice la indicația medicului

Locul de efectuare a puncției:

- stern — manubriu sau corp
- osul calcaneu la copiii mici

MATERIALE NECESARE:

- masă — cușetă din sala de tratament
- seringă sterilă de 20 ml.
- tampon sterile de tifon
- pense sterile
- mănuși sterile
- tăviță sterilă acoperită
- flacon cu alcool 96° pentru materialul prelevat
- mască
- alcool 70°
- emplastru
- buletin de analiză
- tăviță pentru deșeuri
- acul Kaşirschi steril
- soluție anestetică la indicația medicului
- lame de sticlă.

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicului	Pentru a pregăti necesarul
2.	Se informează pacientul, părinții despre necesitatea investigației	Se respectă dreptul la informare
3.	Pacientul este calmat și încurajat	Pentru a reduce anxietatea
4.	Se transportă pacientul în sala de tratamente	În dependență de starea pacientului
5.	Poziția este culcat în decubit dorsal pe un plan dur. Se fixează sub omoplat un plan dur (un suport)	Se asigură acces la regiunea sternală
6.	Se dezgolește cutia toracică în regiunea sternală	-//-
7.	Se spală mâinile, se dezinfectează, se îmbracă mănușile sterile (asistenta medicală și medicul)	Pentru combaterea infecției
8.	Asistenta medicală servește necesarul medicului	Pentru a efectua Tehnica puncției
8.1	Are pregătite instrumentele sterile pe tăviță sterilă	Conform cerințelor
8.2	Pentru a dezinfecta locul puncției se folosește soluția de alcool și tinctură de iod	
8.3	Pentru anestezia locală asistenta medicală aspiră în seringă soluția de anestetic la momentul necesar	Uneori nu este nevoie de anestezieLa indicația medicului
8.4	Servește acul Kaşirski pregătit din timp și tăvița sterilă	Diametrul și lungimea acului se aleg în dependență de vârsta pacientului
8.5	Servește seringă pentru a recolta măduva osoasă	
9.	Pregătește frotiul pe lama de sticlă	Se vor așeza pe măsută pentru a se usca în aer liber
10.	Asistenta medicală comunică cu pacientul și-l încurajează	Pentru a-l calma
11.	Dacă este necesar, menține poziția pacientului	În caz de agitație
12.	Servește tăvița pentru seringile, materialele și acele folosite	Combaterea infecției
13.	Servește medicului materialul pentru pansament după puncție	
14.	Va transporta pacientul în salon	Pacientul trebuie să respecte regimul de pat
15.	Reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
16.	Completează buletinul de analiză	Pentru materialul recoltat
17.	Transportă materialul recoltat la laborator	
18.	Supraveghează pansamentul	Dacă nu se îmbibă cu sânge.

Scopul: De a asigura accesul permanent prin vena subclavia la circulația mare sanguină

Indicații: În stările de urgență pentru a fi posibilă reanimarea, rehidratarea.

MATERIALE NECESARE:

- mănuși sterile
- masă sterilă și tavă sterilă
- două scutece sterile
- tampoane sterile, pensă sterilă
- cateter steril de unică folosință
- Seringă sterilă cu ac steril.
- Sol. novocaină 0,5%
- Ac. Diufo steril
- Alcool 70°
- Verde de brilliant
- Tăviță pentru resturi
- Emplastru
- Compresă de tifon steril pentru pansament
- Masă de reanimare
- Sol. Na Cl 0,9% în seringă de 10 ml

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Medicul indică această procedură și o efectuează.	În caz de urgență
2. Se anunță mama copilului despre necesitatea acestei proceduri.	Se respectă dreptul la informare
3. Se explică mamei eficacitatea acestei proceduri	Ca să înțeleagă și să accepte
4. Asistenta medicală spală mâinile, le dezinfectează și îmbracă mănușile sterile.	Vezi Standardul. Se asigură comoditatea
5. Se pregătește necesarul respectând sterilitatea și se așează lângă masa de reanimare.	Se asigură acces comod
6. Pacientul este transportat în brațe din salon	
7. Se așează pe masa de reanimare în decubit dorsal D-D.	
8. Se va dezbrăca cutia toracică	
9. Se învelește copilul	Pentru a evita suprarăcirea
10. Asistenta medicală asistă medicul la îmbrăcarea și dezinfectarea mănușilor.	Alcool 70°
11. Servește medicului (pensa, scutecele sterile, acoperirea câmpului operator, și prelucrarea lui).	Se fixează copilul de către altă asistentă medicală
12. Continuă să servească medicului toate cele necesare pentru puncția venei subcl: cateterul	Pentru anestezie locală
— seringă cu sol. Novocaină	
— setul Pentru puncție	
— tăviță Pentru resturi	
13. După procedură asistenta medicală reorganizează locul de lucru.	Se așează toate la locul lor se dezinfectează obiectele, instrumentele folosite
14. Copilul e transportat în salon.	Se transportă în brațe.

Scop: De a avea acces permanent la venă, în caz de stări grave și tratament îndelungat.

Indicații: La bolnavii gravi în perioada postoperatorie
 În intoxicații grave
 Hemoragii
 Deshidratări mari
 Imposibilitatea puncției venei din plica cotului

MATERIALE NECESARE:

tăviță sterilă; scutec steril — 1 pentru tava sterilă, 2 pentru câmpul operator; pensă sterilă; tampoane de vată sterilă; alcool, seringă; ac; novocaină sau lidocaină 2 %; ac special steril pentru puncția venei subclavia — ac gros cu d=12—15 cm, l=12 cm, cateter special cu mandrin, dop de cauciuc pentru cateter, seringă de 10 ml, tăviță pentru resturi, port tampon, ață, emplastru, mănuși sterile — 2 perechi, foarfece steril, mască.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Pregătirea psihică a pacientului	Medicul și asistenta conversează, explică importanța, necesitatea acestei puncții
2.	Pregătirea asistentei medicale: halat, mască, bonetă, spălarea mâinilor și îmbrăcarea mănușilor	Se evită riscul de infecție
3.	Pregătirea medicului se face la fel	-//-
4.	Pregătirea necesarului și transportarea în salon	Se transportă pe tava sterilă
5.	Pregătirea fizică a pacientului: — pacientul să fie culcat comod în DD — capul se întoarce pe o parte — poziția va fi opusă locului puncției — Mâna să fie lipită de corp — cea de partea puncției — Patul să fie strict orizontal, fără pernă	În sala de pansamente sau de operații Pentru a evidenția locul puncției și pentru a proteja fața de sânge De-a lungul corpului
6.	Tehnica efectuării: — medicul efectuează totul — asistenta medicală, servește medicului tot necesarul la indicația medicului	Este atentă, îl asistă la timp
7.	La sfârșit asistenta medicală va reorganiza locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD**PREGĂTIREA PACIENTULUI PENTRU PUNCȚIA ABDOMINALĂ — PARACENTEZA**

Scopul: Evacuarea exudatului din cavitatea abdominală cu scop de diagnostic și tratament.

Indicații: La indicația medicului în prezența ascitei.

MATERIALE NECESARE:

- Materiale sterile;
- Tăviță sterilă;
- Scutec steril;
- Trocar steril cu mandrin, bisturiu;
- Tampoane sterile, comprese sterile, ac, portac;
- Mănuși sterile, mățase sterilă, foarfece;
- Casoletă cu material pentru cîmpul steril;
- Medicamentele necesare:
- Alcool 70°;
- Tinctură Iod 5%;
- Sol. Novocaină;
- Tonicardiac;
- Hemostatice;
- Alte materiale la indicația medicului
- Tăviță pentru resturi;
- Eprubete, stativ;
- Îndreptare la laborator;
- Scaun;
- 2 șorțuri;
- Recipient pentru exudat;
- Emplastru.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale.	Se precizează numele și prenumele.
2.	Se anunță pacientul despre necesitatea procedurii.	Să înțeleagă și să accepte.
3.	Pacientul va fi calmat și încurajat.	Pentru a reduce anxietatea.
4.	Pregătirea asistentei medicale.	Ca pentru o injecție. Vezi standardul
5.	Asistenta medicală pregătește tot necesarul.	Se asigură comoditate.
6.	Se transportă pacientul în sala de tratamente.	Depinde de starea lui.
7.	Poziția pacientului șezînd pe scaun cu spatele sprijinit de spetează, picioarele puțin desfăcute.	Dacă îi permite starea.
8.	Dacă starea este gravă, poziția în D.D. cu o pernă sub cap.	
9.	Se dezgolește abdomenul.	Se asigură acces la locul puncției.
10.	Se fixează un șorț sub abdomen ca să acopere ambele picioare.	Pentru a proteja vestimentația.
11.	Se instalează între picioarele bolnavului recipientul pentru exudat.	De dorit să fie gradat.
12.	Puncția o efectuează medicul în poziție șezînd. Medicul se pregătește la fel ca asistenta medicală.	Se oferă un scaun, vezi pct. 4.
13.	Asistenta medicală servește medicului pensa, tampoane, alcool, tinctură Iod 5%.	Pentru pregătirea locului puncției.
14.	Tampoanele folosite se aruncă în tăviță pentru resturi.	Pentru dezinfectare.
15.	Asistenta medicală oferă din casoletă meșe sterile pentru a acoperi cîmpul operator.	Cu pensă sterilă.
16.	Asistenta medicală oferă seringă cu soluție anestetică pentru anestezie locală.	Sol. Novocain 0,25%, sol. Lidocaină 1%.
17.	Seringa și acul folosit se pun în tăviță pentru resturi.	Combaterea infecției.
18.	Asistenta medicală oferă bisturiul.	De pe tava sterilă. Pentru incizie
19.	Apoi oferă trocarul cu mandrin. După puncție lichidul se elimină prin mandrin	Pentru puncție.
20.	Bisturiul și acul trocarului folosite se pun la dezinfectare.	Vezi Standardul.
21.	Permanent asistenta medicală supraveghează starea pacientului pe parcursul eliminării lichidului de ascită	Pentru a observa complicațiile posibile
22.	Comunică frecvent cu pacientul.	Pentru calmare și încurajare.
23.	Asistenta medicală supraveghează eliminarea exudatului prin mandrin în recipient.	Presiunea șuvoiului să nu fie mare.
24.	Asistenta medicală oferă medicului eprubeta pentru recoltarea exudatului spre investigație.	La indicația medicului.

25.	Se instalează eprubeta pe suport.	
26.	Dacă este necesar asistenta medicală fixează pe partea interioară a abdomenului un cearșaf împăturit în lung.	La indicația medicului.
27.	Cu el se va comprima atent abdomenul, fixând capetele în regiunea lombară.	Pentru a menține presiunea intra abdominală. Pentru a evita colapsul.
28.	La sfârșitul puncției, medicul extrage mandrinul trocarului.	Se va dezinfecta.
29.	Asistenta medicală servește materiale sterile și soluții dezinfectante.	Pentru a prelucra locul puncției.
30.	Asistenta medicală oferă necesarul pregătit pentru a aplica sutura în locul puncției.	Pentru a închide plaga.
31.	Asistenta medicală oferă material pentru pansament steril uscat.	
32.	Se fixează pansamentul cu emplastru.	
33.	Se aruncă câmpul steril folosit la resturi.	
34.	Se îmbracă pacientul și se transportă în salon.	Însoțit, susținut pe cărucior sau pe brancardă.
35.	Se instalează pacientul comod în pat.	
36.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției.
37.	Asistenta medicală completează îndreptarea în laborator. <i>s/Chirurgie I</i> <i>Lab.clinic.</i> <i>Exudat abdominal</i> <i>an. generală.</i> <i>Oprea N. 11.04.2009</i>	
38.	Se transportă eprubeta în laborator.	
39.	În caz dacă pe parcursul puncției abdominale apar complicații asistenta medicală va administra subcutanat sau i/m medicamentele pregătite.	La indicația medicului tonocardice sau hemostatice.

STANDARD

PREGĂTIREA PENTRU PUNCȚIA ARTICULARĂ

Scopul: Recoltarea lichidului articular în scop de investigații.
Ca tratament se va evacua lichidul sau se va administra medicamente în cavitatea articulară.

Indicații: La indicația medicului

Locul puncției:

După indicații în articulația:

- genunchiului; — cotului;
- umărului; — gleznei.

MATERIALE NECESARE:

- Pentru spălarea și dezinfectarea mâinilor: apă, săpun, prosop, tampoane de vată, alcool 70°.
- Mănuși sterile, mască.
- Pentru dezinfectarea locului puncției — alcool, tinctură Iod 5%.
- Pense sterile, tăviță sterilă, seringi și ace sterile de 10 ml și 20 ml.
- Material pentru pansament — comprese sterile de tifon.
- Soluții pentru anestezia locală — sol. Novocaină 2%.
- Tăviță pentru resturi.
- Emplastru.
- Recipient pentru lichidul recoltat.
- îndreptare în laborator

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale.	Se va preciza investigația, numele pacientului
2.	Se explică pacientului, rudelor despre necesitatea procedurii.	Ca să înțeleagă și să accepte.
3.	Asistenta medicală fixează masca, se spală pe mâini și le dezinfectează, îmbracă mănușile sterile.	Combaterea infecției și auto protecție.
4.	Asistenta medicală pregătește tăvița sterilă cu instrumentele necesare sterile.	Se asigură acces și comoditate.
5.	Se pregătesc materialele sterile în cassoletă și restul de materiale necesare.	-//-
6.	Pacientul este transportat sau condus în sala de tratamente.	Depinde de starea generală
7.	Pacientul va fi încurajat și calmat.	Pentru a reduce anxietatea.
8.	Se va așeza pacientul în poziția care să permită efectuarea puncției — culcat în D.D. sau D.L., șezând.	În dependență de articulația supusă puncției.
9.	Articulația se va fixa pe pernă și se va relaxa.	
10.	Asistenta medicală pregătește locul puncției, dezinfectează pielea cu alcool, apoi iod, alcool.	
11.	Asistenta medicală oferă medicului seringă și acul cu sol. Novocaină 2% pentru anestezie locală.	
12.	Oferă seringă cu acul pentru puncție.	Volumul seringii și diametrul acului depinde de vârstă și articulație.
13.	Asistenta medicală supraveghează și încurajează pacientul, îl calmează.	Prin comunicare
14.	Oferă recipiente pentru lichidul recoltat.	Eprubete pentru examinare de laborator și recipient gradat.
15.	Dezinfectează locul puncției după extragerea acului.	Combaterea infecției.
16.	Aplică pansamentul steril.	
17.	Aplică atele pentru a imobiliza articulația.	E necesar repaus total.
18.	Se va completa îndreptarea în laborator.	
19.	Se transportă în laborator lichidul.	Pentru examinare.
20.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD**PREGĂTIREA BOLNAVULUI PENTRU BRONHOSCOPIE**

Scopul: Examenul vizual de către medic a traheei și bronhiilor prin bronhoscop.

Indicații: De a preciza diagnosticul în bolile traheobronșice.
Pentru a evacua sputa din bronhii.
Pentru a administra preparate medicamentoase în bronhii.

MATERIALE NECESARE:

Ștergar, fibrobronhoscop, seringă 10 ml, o soluție pentru anestezie Xilină 2%, soluție fiziologică sterilă, aspirator electric, soluție de Adrenalină 1%, tampon steril de vată și de tifon, eprubete sterile, îndreptări în laborator, alcool, mănuși sterile.

TEHNICA EFECTUĂRII:

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea psihică a bolnavului: — bolnavul trebuie convins pentru necesitatea examinării.	Ca să accepte.
	- Bolnavul se calmează și i se spune că procedura nu este dureroasă.	Pentru a reduce anxietatea.
	- Se creează bolnavului un climat de siguranță.	Pentru a asigura cooperarea lui.
	- Bolnavului i se face legătura cu alți pacienți, cărora li s-a făcut deja asemenea examinare.	Pentru ca să înțeleagă necesitatea și a reduce frica
2.	Se anunță bolnavul ca în dimineața examinării să nu mănânce nimic.	Pentru a evita voma.
3.	Bolnavul se așează în DD	
4.	În mâna dreaptă va ține o tăviță renală, iar cu mâna stângă î-și va fixa limba, ținând-o cu un șervețel de tifon steril.	Se asigură acces la rinofaringe.
5.	Spălarea mâinilor, îmbrăcarea mănușilor sterile.	Vezi Standardul.
6.	Cu o seringă laringiană, introducem picătură cu picătură, soluția anestetică, încălzită puțin în arborele traheobronșic.	Se asigură o anestezie continuă a traheei și bronhiului respectiv.
7.	Medicul face anestezie cu Xilina „sprhai“, a limbii, a riofaringelui.	Se pulverizează soluția anestetică.
8.	Bolnavul este condus în camera de endoscopie.	
9.	Poziția bolnavului în decubit dorsal cu capul în extensie.	Pentru a asigura accesul la trahee.
10.	Sub umerii lui se așează o pernă tare sau un suport	Pentru a ridica capul cu 12—15 cm.
11.	Capul este orientat în direcția indicată de medic.	
12.	Sub bărbie se fixează un ștergar.	Pentru a acumula eliminările.
13.	Medicul face examinarea.	
14.	După examinare se reorganizează locul de lucru.	
15.	Bolnavul este instalat pe pat și nu va mânca o oră după examinare.	Din cauza anesteziei limbii poate fi asfixia cu mâncare.
16.	Dacă este necesar, medicul va recolta țesutul la biopsie.	
17.	Asistenta medicală servește eprubeta și completează îndreptarea la laborator.	
18.	Fibro bronhoscopia bolnavului se efectuează în poziție șezândă, pe scaun.	
19.	Se instalează în cavitatea bucală o piesă bucală de plastic, pe care o fixează asistenta medicală.	Se află în trusa fibroscopului.
20.	Prin aceasta se evită mișcarea fibroscopului.	
21.	Examinarea o face medicul.	
22.	Se reorganizează locul de lucru.	

STANDARD PREGĂTIREA PACIENTULUI PENTRU SPIROGRAFIE

Scopul: Pentru înregistrarea grafică a mișcărilor respiratorii în scop de diagnostic

Indicații: La indicația medicului în bolile respiratorii și cardiovasculare

MATERIALE NECESARE:

Bolnavul să cunoască etapele de pregătire

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică necesitatea acestei investigații	Ca pacientul să accepte
2.	Se precizează data, ora și locul	Se respectă dreptul la informare
3.	Se anunță pacientul că examinarea se efectuează dimineața pe nemâncate	Alimentația influențează respirația.
4.	Să nu consume 24 ore până la examinare medicamente, care acționează centrul respirator	Pentru a nu devia rezultatele probei
5.	Să fie liberă respirația nazală și bucală	Ca să se evite complicațiile
6.	Se asigură înainte de examinare repaus fizic și psihic 30 min.	Ca proba să înregistreze R reală
7.	Se previne pacientul ca va folosi o piesă bucală sterilă din plastic	Pentru a proteja capătul tubulat de la spirometru
8.	Pacientul va fi condus la examinare	Dacă este necesar
9.	Rezultatele examinării se atașează la fișa medicală	

STANDARD PREGĂTIREA COPIILOR PENTRU ECG

Scopul: Cu scop de diagnostic
Pentru a preciza funcția cardiacă

Indicații: La indicațiile medicului

MATERIALE NECESARE:

- foaia de prescripții medicală
- registru de comandă în secția de diagnostic funcțional
- prosop sau scutec

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale și le notează în registru de comandă.	Pentru a preciza numele copilului și investigația indicată.
2. Se anunță mama despre necesitatea investigației.	Se respectă dreptul la informare
3. Se face comanda în secția de diagnostic funcțional.	Pentru a preciza data și ora examinării
4. Se transportă copilul în brațe.	În dependență de vârstă
5. Se recomandă ca mama să aibă sticluta cu ceai.	Pentru a calma când plânge
6. Copilul este dezbrăcat.	Se asigură acces
7. Se va proteja copilul pentru a evita suprarăcirea.	Se învelește — t° în sala de examinare să fie în jur de +20°
8. Sub copil se așterne un scutec sau un prosop.	
9. În timpul examinării copilul se va liniști ca să nu plângă.	Pentru a evita creșterea frecvenței bătăilor inimii.
10. După examinare copilul se îmbracă și este transportat în secție.	

STANDARD PREGĂTIREA PENTRU IRIGOSCOPIE

Scopul: Examinarea radiologică a colonului, pentru a observa modificările patologice

Indicații: Unele boli intestinale și pentru depistarea cancerului

MATERIALE NECESARE:

Totul pentru clisma evacuatoare, cearșaf, ulei de ricin, cărbune activat, pachet de polietilenă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Selectarea prescripțiilor medicale	Pentru a preciza examinarea
2.	Se explică bolnavului necesitatea examinării și pregătirii	Se respectă dreptul la informare
3.	Pregătirea bolnavului durează 3 zile: — Se recomandă o dietă de cruțare, fără carne, boboase, lapte, legume și fructe crude. — Se recomandă brânză de vaci, smântână, ouă fierte, pireuri, pâine uscată, pesmeți; — La ora 14—15.00 se administrează 30 ml ulei de ricin; — În ajun ultima masă la ora 18.00 — La ora 22.00 clisme evacuatoare repetate — Dimineața cu 2 ore înainte de examinare se repetă clismele evacuatoare	Acțiune purgativă Cină ușoară Vezi Standardele Până la apă curată
4.	Bolnavul este transportat în secția radiologică cu un cearșaf	În dependență de ora indicată de medic
5.	Infirmiera cu registrul special însoțește bolnavul	Conform selecției
6.	Clisma cu sulfat de bariu este pregătită și efectuată în secția radiologică	Radiografie cu substanță de contrast
7.	După examinare bolnavul este transportat în secție	Cearșaful utilizat este dus în secție și dezinfectat
8.	Bolnavul este culcat comod în pat	

STANDARD**PREGĂTIREA PENTRU FGDS — FIBROGASTRODUODENOSCOPIE**

Scopul: De a pregăti corect pacientul către examinarea vizuală efectuată de medicul specialist

Indicații: Cu scop de diagnostic și tratament în boli digestive la indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

— Prosop

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se precizează ziua/data și ora examinării endoscopice	Pentru a pregăti la timp
2.	Se explică pacientului scopul și importanța examinării	Se respectă dreptul la informare
3.	Se va convinge că examinarea și pregătirea sunt necesare	Ca să înțeleagă și să accepte
4.	Seara, în ajunul examinării nu mai târziu de ora 21.00 să cineze	Ca să fie dimineața stomacul și duodenul complet gol
5.	Dimineața înainte de examinare să nu mănânce nimic	Pentru a putea examina mucoasa gastrică fără vomă
6.	Bolnavul să prezinte respirația nazală liberă	La examinare se respiră numai nazal
7.	Se previne să scoată proteza dentară	Se va evita traumarea cavității bucale și a gastroscopului
8.	În dimineața examinării să nu fumeze, să nu ia medicamente	Ca să nu apară voma
9.	Să se prezinte la examinare cu un prosop	Pentru înlăturarea hipersalivației
10.	Se explică, că în timpul examinării nu va putea înghiți saliva și nu va putea vorbi	Din cauza endoscopului introdus
11.	Se anunță precis ziua și ora	Ca să se respecte orarul
12.	Pacientul să fie însoțit de rude	Pentru a-l susține moral, a-l încuraja

Indicatii: La indicatiile medicului

- tinctură de valeriană
- foaia de prescripții medicale
- fișa medicală
- prosop sau scutec
- registru de comandă pentru secția USG

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale și le notează în registrul de comandă.	Pentru a preciza numele copilului și investigația indicată
2. Se anunță mama despre necesitatea investigației	Se respectă dreptul la informare
3. Timp de 2—3 zile se administrează tinctură de valeriană la indicația medicului.	Pentru a combate meteorismul
4. Asistenta medicală face comanda în secția de examinare USG.	Se va preciza data și ora examinării
5. Se transportă copilul la ora indicată în brațe.	În dependență de vârstă
6. Copilul se va prezenta în secția de examinare USG cu fișa medicală.	
7. Copilul este dezbrăcat.	Se dezgolește abdomenul
8. Poziția copilului în decubit dorsal — DD.	
9. Sub copil se așterne un prosop sau scutec.	
10. După examinare se șterge suprafața abdomenului.	Pentru a înlătura resturile de gel.
11. Copilul este îmbrăcat și transportat în secție.	
12. Rezultatele examinării sunt notate în fișa medicală.	

STANDARD

PREGĂTIREA PENTRU USG ORGANELOR BAZINULUI

Scopul: De a asigura o pregătire calitativă pentru un diagnostic corect

Indicații: La indicația medicului în bolile rinichilor, uterului, ovarelor, vezicii urinare, prostatei
Pentru a determina termenul de sarcină și starea fătului

MATERIALE NECESARE:

Lichide diverse 1,5 litri, prosop, notița cu explicația etapelor de pregătire

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică pacientului/familiei necesitatea și esența pregătirii	Se respectă dreptul la informare
2.	De a-l convinge că e necesară această pregătire și examinare	Ca să accepte și să coopereze
3.	Se explică că 2—3 zile să nu consume alimente care balonează	Se va evita formarea gazelor
4.	În ziua examinării să nu mănânce	Pentru o examinare calitativă
5.	În ziua examinării, cu 2 ore înainte, să se trateze cu 1—1,5 litri apă, ceai, suc	În boli de rinichi — pentru a forma diureza și ca vezica urinară să fie plină, ceea ce favorizează examinarea ei
6.	Să nu se urineze până la examinarea USG de către medic	Pentru o examinare calitativă a rinichilor și vezicii urinare
7.	Se verifică dacă pacientul a înțeles informația și a memorizat-o	Rugăm să repete Etapele
8.	Dacă nu poate memoriza, se explică familiei, rudelor cum să-l pregătească și să noteze etapele, cerințele	Dacă e pregătirea incorectă vor fi rezultatele greșite
9.	Se anunță locul, data și ora examinării	Ca să se prezinte la timp
10.	Să se prezinte cu un prosop	Pentru a înlătura gelul folosit pe piele la examinare.
11.	Se va însoți pacientul de către rude	Pentru susținere și încurajare

STANDARD

PREGĂTIREA PENTRU TREPANOBIOPSIE

Scopul: Explorator, pentru a preciza diagnosticul, pentru examenul histopatologic.

Indicații: La indicația medicului. Contraindicații — diateze hemoragice.

Locul de efectuare — suprafața anterioară superioară a osului iliac — spina iliacă.

MATERIALE NECESARE:

- tampoane sterile de tifon;
- tăviță sterilă acoperită;
- bisturiu steril;
- acul pentru trepanobiopsie Kaşirski;
- seringă de 20ml cu acul respectiv;
- sol. Novocaină 2% 10—15 ml;
- flacon cu alcool 96° pentru materialul prelevat;
- mască;
- mănuși sterile;
- pat-cușetă cu plan dur;
- material steril pentru pansament;
- emplastru;
- buletin de analiză;
- tăviță pentru deșeuri;
- alcool 70°;
- tinctură de Iod 5%;

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicului	Se va preciza numele pacientului
2.	Se informează pacientul, părinții despre necesitatea investigației	Se respectă dreptul la informare
3.	Asistenta medicală pregătește tot necesarul, respectând regulile asepsiei și antisepsiei	Combaterea infecției
4.	Se transportă pacientul în sala de tratament sau este însoțit și susținut	În dependență de starea pacientului
5.	Pacientul este calmat și încurajat	Pentru a reduce anxietate
6.	Poziția este culcată în decubit dorsal	Se asigură comoditate
7.	Se spală mâinile, se dezinfectează	Pentru combaterea infecției
8.	Se îmbracă mănușile sterile (asistenta medicală și medicul)	
9.	Asistenta medicală asistă medicul la efectuarea tehnicii trepanobiopsiei	
9.1	Plasarea comodă a tăviței sterile cu cele necesare	Pentru acces comod
9.2	Se dezgolește regiunea iliacă a pacientului	
9.3	Servește necesarul pentru dezinfectarea pielii cu alcool în locul puncției — pensa, tampoane, tăvița pentru deșeuri, tinctură de iod.	
9.4	Servește seringă, acul cu soluția anestetică indicată pentru anestezia locală	
9.5	Servește bisturiul, acul Kaşirski pentru a recolta materialul pentru biopsie	
9.6	Servește flaconul cu alcool de 96° pentru materialul recoltat cu mandrinul respectiv	
10.	Asistenta medicală pe parcurs supraveghează pacientul, comunică medicului despre starea lui	Pentru a încuraja pacientul
11.	Dacă este necesar, se menține poziția pacientului	În caz de agitație
12.	Servește tăvița pentru instrumentele și tampoanele folosite	Combaterea infecției
13.	Servește medicului materialul pentru pansament în locul puncției	Cu pensa sterilă
14.	Va transporta pacientul în salon	
15.	Supraveghează pacientul în vederea respectării regimului la pat	
16.	Supraveghează pansamentul	Pentru prevenirea hemoragiei
17.	Se reorganizează locul de lucru	
18.	Se completează buletinul de analiză și se transportă materialul recoltat în laborator.	Pentru investigații

STANDARD

PREGĂTIREA PACIENTULUI PENTRU FISTULOGRAFIE

Scopul: Pentru a preciza diagnosticul.

Indicații: La indicațiile medicului.

MATERIALE NECESARE:

- Fișa de prescripție medicală;
- Substanțe de contrast;
- Seringă, ace sterile;
- Materiale sterile pentru pansament;
- Tăviță pentru resturi;
- Ser fiziologic;
- Tavă sterilă acoperită;
- Mănuși sterile;
- Scaun cu rotile, brancardă;
- Pensă sterilă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează indicațiile medicului.	Se va preciza numele, scopul investigației.
2.	Se informează pacientul despre necesitatea acestei investigații.	Se respectă dreptul la informație.
3.	Asistenta medicală comandă în cabinetul Radiologic datele despre investigație.	Pentru a preciza ziua și ora.
4.	Se va asigura cu substanța de contrast.	Cabinetul radiologic sau pacientul.
5.	Asistenta medicală pregătește locul de lucru — pe sine însuși și materialele necesare, respectând cerințele asepsiei.	Se asigură comoditatea în lucru.
6.	Se acoperă tăvița sterilă, pe care sunt aranjate toate cele necesare.	Pentru a transporta în cabinetul Radiologic.
7.	Se calmează și se încurajează pacientul.	Pentru a reduce frica.
8.	Se va transporta pacientul în cab. Radiologic în dependență de starea lui.	Însoțit, în cărucior sau pe brancardă.
9.	Asistenta medicală va transporta de asemenea tăvița sterilă și fișa medicală.	
10.	În cab. Radiologic asistenta medicală va instala pacientul în poziția culcată.	În dependență de locul fistulei.
11.	Se va monta și se va încărca seringă cu substanță de contrast indicată și se instalează pe tăvița sterilă.	Cantitatea este indicată de medic.
12.	Se dezbracă pacientul.	Pentru a avea acces la fistulă.
13.	Drenul fistulei va fi detașat de la recipientul fixat.	
14.	Asistenta medicală oferă medicului seringă cu substanță de contrast.	Pentru a fi introdusă în fistulă.
15.	Se efectuează investigația respectivă.	
16.	Seringa folosită se pune în tăviță pentru resturi.	
17.	Asistenta medicală urmărește faciesul și starea pacientului, îl calmează, îl încurajează.	Susținere morală.
18.	După investigație se fixează la dren recipientul.	Pentru a colecta eliminările.
19.	Pacientul se îmbracă și este transportat în secție.	
20.	Dacă este nevoie se va schimba pansamentul.	Vezi Standardul.
21.	Se reorganizează locul de lucru.	

STANDARD**PREGĂTIREA PENTRU MACRORADIOGRAFIA CUTIEI TORACICE LA COPII**

Scopul: — explorator, pentru a preciza diagnosticul bolilor respiratorii

Indicații: — la indicațiile medicului

MATERIALE NECESARE:

- foaia de prescripții medicale
- registru de comandă pentru secția radiologică
- un prosop sau scutec

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale și le notează în registru de comandă.	Pentru a preciza numele copilului și investigația indicată.
2. Se anunță mama despre necesitatea investigației.	Se respectă dreptul la informare.
3. Se face comandă în secția radiologică.	Pentru a preciza data și ora examinării
4. Se transportă copilul în brațe.	
5. Se dezbracă copilul pentru a elibera cutia toracică.	
6. Se evită suprarăcirea	Se învelește — t ° în sala de examinare să fie în jur de +20°C
7. Poziția copilului în decubit dorsal sau la indicația medicului specialist.	
8. Sub copil se așterne prosop sau scutec.	
9. Pentru o fixare mai bună a copilului se folosesc centuri speciale care permit poziția verticală a copilului.	Mama ajută la fixarea copilului
10. După examinare copilul este îmbrăcat.	Pentru a evita suprarăcirea
11. Copilul este dus în secție și așezat în pătuc.	

STANDARD**PREGĂTIREA PENTRU EXAMENUL RADIOLOGIC AL STOMACULUI**

Scopul: Cu scop de diagnostic

Indicații: La indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

Recomandările medicului radiolog pentru pregătirea corectă

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se anunță ziua, locul și ora examinării	Pentru a pregăti pacientul
2.	Cu 2 zile înainte de examinare se anunță pacientul ca să respecte o dietă cu alimente ușor digerabile	Se va evita formarea gazelor și constipația
3.	Seara, în ajunul examinării se face clisma evacuatoare	Se va evacua intestinal gros
4.	În dimineața examinării să nu mănânce	
5.	Să nu fumeze	Fumatul mărește secreția gastrică
6.	Să se prezinte în secția Radiologică la ora indicată de medic	
7.	Se încurajează pacientul	Pentru a înlătura frica
8.	Medicul explică procedeul de examinare și-l examinează	
9.	Se explică că în următoarele 24 de ore este posibilă diareea	Reacția intestinului
10.	Dacă pacientul este grav va fi transportat în secția radiologică și în secție	Se vor evita pericolele posibile
11.	Asistenta medicală sau infirmiera va însoți pacientul în secția Radiologie cu fișa medicală.	Conform cerințelor

STANDARD**PREGĂTIREA PREOPERATORIE A PACIENTULUI ÎN CAZ DE URGENȚĂ**

Scopul: De a preveni complicațiile postoperatorii.

Indicații: Abdomen acut.
Intervenție chirurgicală de urgență.

MATERIALE NECESARE:

- Setul pentru ras;
- Pensă;
- Tampoane de vată sterilă;
- Tavă sterilă;
- Tavă pentru resturi;
- Alcool, tinctură Iod 5%;
- Compresă sterile.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea locului pentru operație:	
1.1	Se va rade părul de pe pielea din zona operației pe o suprafață cât mai mare.	Se reduce riscul infectării.
1.2	Se folosește aparatul de ras al pacientului, sau din secție.	Cu lama pacientului
1.3	Se badijonează pielea rasă cu sol. Alcool 70° sau cu tinctură Iod 5%.	Acțiune antiseptică.
1.4	Pe pielea rasă se aplică o compresă sterilă.	Pentru a proteja locul de infectare.
1.5	Tampoanele folosite și instrumentele se dezinfectează.	
1.6	Se va schimba lenjeria de corp.	Conform cerințelor.
2.	Pregătirea psihică a pacientului	
2.1	Medicul anunță diagnosticul pacientului și necesitatea intervenției chirurgicale de urgență.	Ca să înțeleagă și să accepte.
2.2	Pacientul va semna acordul pentru operație - consimțământul	Conform cerințelor.
2.3	Dacă pacientul este în stare inconștientă, acordul va semna rudele.	
2.4	Asistenta medicală comunică, calmează, încurajează pacientul.	Pentru a reduce anxietatea.
2.5	Asistenta medicală va explica necesitatea intervenției, cu aproximație durata operației.	Pentru a-l calma
2.6	Asistenta medicală împreună cu medicul vor motiva procedurile necesare până la operație.	Ca să înțeleagă și să accepte.
2.7	Asistenta medicală explică regimul necesar ce urmează după operație și importanța acestuia.	Ca să coopereze.
3.	Transportarea pacientului în sala de operații.	Pe brancardă
3.1	Se pregătește brancarda așternută cu lenjeria pacientului.	
3.2	Poziția pacientului culcată și comodă. Se investește bine.	Se va evita suprarăcirea
3.3	Va fi transportat, însoțit și supravegheat de către asistenta medicală.	
3.4	Se va transporta atent fără zdruncinături.	Pentru a evita agravarea stării pacientului.
3.5	În timpul transportării se va comunica cu pacientul.	Pentru a reduce frica.
3.6	Se va preda pacientul asistentei medicale de anesteziologie împreună cu documentația.	Pentru a fi condus în secția de preanesteziologie.

STANDARD

PREGĂTIREA PENTRU LAVAJUL TRAHEII

Scopul: Înlăturarea secrețiilor.

Indicații: Obstrucția cu spută;
Inflamațiile purulente.

Spălarea traheii — lavajul — se efectuează de către medic cu soluții medicamentoase. Spălarea traheii cu eliminarea acestor soluții împreună cu secrețiile

MATERIALE NECESARE:

- aspirator electric, sonde;
- tava sterilă;
- tampoane sterile;
- scutec steril;
- pensă;
- depărtător de dinți;
- pensă pentru fixarea limbii;
- soluția medicamentoasă (la indicația medicului, seringă — 20 ml), mănuși sterile,
- tăviță pentru resturi

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Pregătirea materialelor necesare și transportarea lor lângă pacient	Pentru a asigura comoditatea
Pregătirea asistentei medicale	Vezi Standardul
Asistarea medicului în timpul lavajului	
Poziția pacientului: a) Stare conștientă — semișezândă; b) Stare inconștientă — în DL pe partea bolnavă; c) Dacă este intubat — în DD prin sonda de intubație	Poziția respectivă permite accesul liber la trahee
După ce medicul termină procedura asistenta medicală reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
Se va instala pacientul comod în pat	Se va supraveghea starea lui

STANDARD

PREGĂTIREA PREOPERATORIE A PACIENTULUI (ÎN MOD PLANIFICAT)

Scopul: De a pregăti corect pacientul pentru a preveni infecțiile postoperatorii;
De a neutraliza sursele de infecție (la nivelul pielii, nazofaringelui);
De a reduce posibilitatea de contaminare a pielii prin folosirea antisepticelor.

Indicații: Operația planificată de chirurg.

MATERIALE NECESARE:

1. Necesarul pentru clisma evacuatoare;
2. Setul pentru bărbierit (ras);
3. Alcool 70°;
4. Tinctură Iod 5%;
5. Pensă, tamponare sterile, tavă sterilă;
6. Compresă sterile, foarfece, acetonă;
7. Săpun, prosop, pieptene, brancardă;
8. Tavă pentru resturi.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
I. ZIUA PRECEDENTĂ OPERAȚIEI		
1.	Pacientul să respecte repaus total.	Se evită efortul fizic și psihic.
2.	Regim alimentar ușor digerabil.	Ca evacuarea intestinală să fie lejeră.
3.	Se mărește consumul de lichide, deoarece acestea:	La indicația medicului.
3.1	Vor menține tensiunea arterială.	
3.2	Pentru dezintoxicare și mărirea diurezei.	
3.3	Se va diminua setea, inclusiv cea postoperatorie.	
3.4	Se va diminua acidoza postoperatorie.	
4.	Antibioticoterapia.	La indicația medicului, pentru a anticipa apariția unei infecții.
5.	Comunicarea cu pacientul.	Pentru a-l încuraja, ca să accepte.
II. ÎN SEARA ZILEI PRECEDENTE OPERAȚIEI		
1.	Îngrijirea și pregătirea pielii.	
1.1	Baia generală sau duș.	Dacă este posibilitate și nu sunt contra-indicații
1.2	Baia parțială în pat.	Pentru pacientul grav.
1.3	Spălarea pe cap.	
1.4	Tăierea unghiilor, se înlătură coaja de pe unghii.	
1.5	Toaleta cavității bucale și nazale.	Combaterea infecției.
2.	Raderea părului de pe piele.	În locul operației și a câmpului operator.
2.1	Va rade părul cât mai aproape posibil de momentul începerii operației.	Pentru a evita proliferarea germenilor la nivelul excoriațiilor cutanate.
2.2	Rade părul de pe câmpul de operație, cât mai amplu.	Se reduce riscul infectării.
2.3	Se folosește aparatul de bărbierit individual al pacientului.	Se va evita riscul infectării.
2.4	Pielea bărbierită se va badijona cu alcool 70° sau tinctură Iod 5%.	Acțiunea antiseptică.
2.5	Se aplică pansament antiseptic uscat.	Pentru a proteja de infectare pielea bărbierită și dezinfectată.
3.	Se administrează purgative.	La indicația medicului.
4.	Ultima masă este servită la ora 17.00 (o cină ușoară, supă de legume).	
5.	Clisma evacuatoare înainte de somn.	Curățirea intestinului.
6.	După clismă va urma duș sau toaleta anală.	Combaterea infecției.
III. ÎN ZIUA INTERVENȚIEI CHIRURGICALE		
1.	Nu mănâncă și nu se hidratează.	Foame pentru a evita voma.
2.	Cu 4 ore înainte de operație se face iar clisme evacuatoare.	Golirea intestinului pentru a evita incontinența materiilor fecale în timpul anesteziei.

3.	Se îndepărtează bijuteriile.	Ca sursă suplimentară de infecție.
4.	Se îndepărtează proteza dentară mobilă.	Se păstrează în paharul cu apă.
5.	Regiunea bărbierită se rebadijonează cu tinctură Iod 5%.	Combaterea infecției
6.	Pacientul este îmbrăcat în lenjerie curată.	Depinde de locul operației.
7.	Se pregătesc documentele care-l vor însoți în sala de operații.	Foaia de observație (investigațiile de laborator, radiografiile).
8.	Se transportă în sala de operație	Pe brancardă
IV. TRANSPORTAREA PACIENTULUI ÎN SALA DE OPERAȚII		
1.	Va fi însoțit, supravegheat și transportat de către asistenta medicală.	Pentru a evita complicațiile
2.	Se pregătește brancarda așternută cu lenjerie pacientului.	
3.	Poziția pacientului culcată și comodă. Este învelit bine.	Pentru a evita suprarăcirea pacientului.
4.	Se va transporta atent fără zdruncinături.	Se va evita agravarea stării pacientului.
5.	Se va comunica cu pacientul în timpul transportării.	Pentru a reduce frica, anxietatea.
6.	Se va preda pacientul împreună cu documentația asistentei medicale anesteziste.	Pentru a fi condus în sala preoperatorie.
V. ÎN SALA PREOPERATORIE		
1.	Se verifică regiunea bărbierită.	Modificările vor fi notate de către asistenta medicală de anestezie
2.	Asistenta medicală verifică starea de curățenie a corpului, a pielii, foselor axilare.	
3.	Se verifică dacă este înlăturată proteza dentară.	
4.	Se pregătesc venele, zonele pentru perfuzia intravenoasă.	La indicația medicului; se efectuează de către asistenta medicală de anestezie.
5.	Se instalează sonda vezicală, respectând măsurile de asepsie.	
6.	Urmează transportarea în sala de operație.	Pacientul urmează a fi transferat pe masa de operație și anesteziat.

STANDARD

PREGĂTIRE PENTRU RECTOSIGMOIDOSCOPIE.

Scopul: De a examina vizual ampula rectală și colonul sigmoid pentru a stabili diagnosticul.

Indicații: Pentru a preciza hemoroizii.
In diaree sau constipație cronică.
In apariția sîngelui în masele fecale.
In diagnosticul tumorii sau ulcerărilor.

MATERIALE NECESARE:

Totul pentru clisma evacuatoare, rectoscop steril, pensă pentru biopsie, eprubetă sterilă pentru recoltare.

TEHNICA EFECTUĂRII:

Nr.	Etapele	Argumentarea.
1.	Pregătirea psihică a bolnavului.	Pentru readuce anxietatea.
1.1	Se explică necesitatea ca să accepte.	Se respectă dreptul la informație.
2.	Pregătirea bolnavului.	
2.1	Cu 2 zile înainte de examen respectă dieta cu lichide: sucuri, lapte, ceai, supă, ciorbă, apă.	Pentru a nu se forma mase fecale.
2.2	Seara în ajun se fac 2 clisme evacuatoare înalte cu cîte 2 litri de apă cu interval de oră.	Pentru a goli colonul sigmoid și rectul.
2.3	Dimineața cu 2—3 ore înainte de investigație se efectuează iarăși 2 clisme evacuatoare înalte.	Pentru a înlătura resturile de materii fecale.
3.	Bolnavul este condus în secția de investigații.	Scutecul pentru protecție.
4.	Este așezat pe masa de examinare.	
5.	Se dezgolește partea inferioară a corpului.	Se asigură acces
6.	Poziția genu-pectorală	
7.	Este acoperit cu un cearșaf care are un orificiu special pentru anus.	Pentru protejare și intimitate
8.	Investigația o efectuează medicul.	
9.	După examinare bolnavul este condus în salon	Este așezat comod în pat
10.	După examinare se face toaleta anală.	Igiena locală.
11.	Dacă sînt indicații medicul recoltează materialul pentru examenul bacteriologic și citologic.	Se completează îndreptarea pentru laborator cu scopul indicat.

STANDARD

PREGĂTIREA PENTRU COLONOSCOPIE

Scopul: Examinarea vizuală a intestinului de către medic prin colonoscop pentru a depista diverse boli (tumoră, ulceratie).

Indicații: În diverse boli intestinale.

MATERIALELE NECESARE:

dispozitiv pentru clizma evacuatoare, cearșaf, cușetă, ulei de ricin, cărbune activat, pachet de polietilenă.

TEHNICA EFECTUĂRII:

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală efectuează selectarea indicațiilor din foaia de indicații	Se precizează investigația
2.	Se face comandă în secția endoscopie.	Pentru a preciza data și ora.
3.	Se explică bolnavului necesitatea și succesiunea etapelor de pregătire.	Se respectă dreptul bolnavului la informare.
4.	Pregătirea durează 3 zile 4.1 Să excludă din alimentație legumele, fructele, mazărea, varza, fasolele, laptele, dulciurile. 4.2 Cu 24 ore înainte de investigație seara se efectuează 2 clisme evacuatoare cu interval de o oră. 4.3 În ajun la ora 14.00—15.00 se administrează ulei de Ricin 30 ml după mâncare. 4.4 Ultima masă la ora 18:00 terci sau pireu. 4.5 Seara la orele 22:00 clismă evacuatoare repetată. 4.6 Dimineața cu 2 ore înainte de examinare se repetă clismă evacuatoare. 4.7 Se face toaleta intimă.	Conform Standardului. Prânzul fără carne. Acțiune purgativă. Până la eliminarea apei curate. Menținerea corpului în stare curată. În ajunul investigației
5.	Este transferat în secția endoscopie.	
6.	Să fie asigurat cu un cearșaf	
7.	După examinare este transferat în secție și instalat în pat.	

STANDARD**PREGĂTIREA BOLNAVULUI PENTRU UROGRAFIE I/V**

Scopul: Asistenta medicală să respecte cerințele în pregătirea bolnavului pentru a avea o calitate bună a examinării

Indicații: Examinarea rinichilor și căilor urinare cu substanțe de contrast i/v și radiografie pentru a preciza deformații, calculi, tumori, anomalii anatomice.

MATERIALE NECESARE:

Cărbune activat, ulei de ricin, materiale pentru clizma evacuatoare, substanța de contrast indicată de medic, medicamente antihistaminice — Dimedrol, Suprastin; seringi sterile de 10 — 20 ml. și ace pentru injecția i/v; tampoane de vată, alcool, pensă, tăviță renală, mănuși sterile, mască, medicamente pentru acordarea primului ajutor la indicația medicului, seringi și ace sterile de rezervă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Se anunță bolnavul și se explică necesitatea examinării	Se respectă dreptul la informare
2.	Se explică etapele pregătirii	Ca bolnavul să înțeleagă și să accepte
3.	Cu 2—3 zile înaintea examinării bolnavul să excludă alimentele care conțin celuloză	Pâine, legume, zarzavaturi, fructe, paste făinoase
4.	Va administra 2—3 zile cărbune activat 2—3 pastile de 3 ori	Combate balonarea
5.	În ajunul examinării bolnavul va consuma un regim hidric	Supe, ceai, apă negazată, sucuri
6.	Seara în ajunul examinării se administrează 2 linguri de ulei de ricin	Cu scop de acțiune purgativă
7.	Seara să nu mănânce, se permite numai ceai cu pesmeți	
8.	Dimineața înaintea examinării să nu mănânce și să nu consume lichid	Pentru a reduce volumul urinei
9.	În dimineața zilei examinării se face clisma evacuatoare	Vezi Standardul. Cu 2 ore înainte de examinare
10.	Se efectuează proba de toleranță la substanța de contrast, care conține iod, i/v se administrează subst. de contrast 2—3 ml.	Pentru a evita reacția alergică
11.	Peste 20—30 min. se urmărește reacția bolnavului la probă, pot fi semne trecătoare: amețeli, grețuri, dureri lombare, abdominale	Se va anunța bolnavul despre aceste posibile semne ca să nu se sperie.
12.	Dacă semnele au trecut bolnavul este condus în secția radiologică	Toleranța organismului e bună pentru a fi examinat, folosind sol. de contrast
13.	Își va evacua vezica urinară	
14.	Este ajutat să se dezbrace	
15.	Este așezat pe masa radiologică în D.D.	
16.	Se introduce i/v restul substanței de contrast	
17.	Peste 8—10 min. medicul efectuează radiografia rinichilor	Repetate, la anumite intervale de timp
18.	După examinare bolnavul este îmbrăcat și condus în secție	
19.	Dacă bolnavul prezintă reacție hiperalergică la proba de toleranță examinarea nu se face	Să nu apară șoc anafilactic

STANDARD

PREGĂTIREA BOLNAVULUI PENTRU CISTOSCOPIE.

Scopul: Examinarea vizuală prin cistoscop efectuată de medic pentru a preciza inflamația, tumorile, calculii și malformațiile anatomice ale uretrei, vezicii urinare și a ureterelor.
Ca asistenta medicală să asigure toate condițiile de asepsie pentru a combate infecția.

Indicații: Bolile vezicii urinare, uretrei și ureterelor.

MATERIALE NECESARE:

Casoletă cu câmp steril; mănuși sterile! mască; seringă Jeanet sterilă, sol. Novocaini 0,5% seringă de 20ml. sterilă, pense sterile; tampoane de vată sterile, cistoscop steril, 2 sonde uretrale, radioopace cu lungimea 60—70cm; sonde uretro-vezicale sterile, sol. dezinfectante; tăvite renale, masă specială de cistoscopie sau ginecologică. Totul pentru toaleta organelor genitale, eprubete pentru recoltarea urinei; recipiente sterile pentru recoltarea țesutului la biopsie, îndreptări la laborator; unguent pentru lubrifierea cistoscopului; sol. Acid Boric 3%.

TEHNICA ASISTĂRII MEDICULUI DE CĂTRE ASISTENTA MEDICALĂ

Etapele	Argumentarea
1. Bolnavul este anunțat despre necesitatea acestei investigații.	Se respectă dreptul la informație.
2. Se explică etapele pregătirii.	Ca să accepte.
3. Se administrează un sedativ cu 30 minute înainte de examinare.	Dacă e prea anxios.
4. Să nu mănânce nimic dimineța.	
5. Cu 1 oră înainte de examinare se hidratează cu 500 ml. de lichid.	Pentru a asigura fluxul urinar necesar.
6. Bolnavul să golească vezica urinară.	
7. Va fi condus în sala de examinare.	
8. Este ajutat să se dezbrace.	Se asigură accesul
9. Este ajutat să se urce pe masa specială.	Masa de cistoscopie sau ginecologică
10. Se fixează picioarele îndepărtate pe suporturile speciale ale mesei.	Pentru a avea acces comod la reg. pelviană.
11. Se face toaleta intimă prin spălarea organelor genitale și a perineului.	Se va combate infecția Vezi Standardul „Toaleta intimă“
12. Se acoperă toată regiunea cu un câmp-cearșaf steril care are un orificiu.	Pentru a fi accesibilă regiunea perineului și pentru intimitate.

STANDARD

PREGĂTIREA PENTRU PUNCȚIA BIOPSICĂ A RINICHILUI

Scopul: explorator, pentru examinarea țesutului punctat.
pentru stabilirea diagnosticului.

Indicații: În bolile renale pentru a preciza diagnoza și pentru a preciza stadiul și evoluția bolii.

MATERIALE NECESARE:

Măsuța sterilă sau tăvița; 2—3 ace de puncție după Vilsilverman; 2—3 seringi de 20 ml; trusă pentru puncția sterilă; casoletă sterilă cu câmp chirurgical steril; tampoane și comprese sterile; mănuși sterile; tinctură de iod 0,5—1%; tăvița pentru resturi; soluție anestetică; flaconaș steril cu conservant — formalină — pentru țesutul recoltat prin biopsie; îndreptări în laborator; foarfece steril; bisturiu steril; ser fiziologic, 0,9% — 200 ml; aparatul ultrasonografic; alcool 11 — 70°.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se anunță pacientul despre necesitatea puncției.	Se respectă dreptul la informare.
2.	Se asigură că durerea se va înlătura prin anestezie.	Se va reduce frica.
3.	Se determină cu 2—3 zile în ajun timpul de sângerare; timpul de coagulare; protrombina; numărul trombocitelor.	Ca să nu fie risc de hemoragie.
4.	Cu 2—3 zile înaintea puncției se face medicație coagulantă (Vit.C, K; medicație tonico-capilară — preparatul de Sol. Calciu 10%).	La indicația medicului
5.	După puncție se va continua această medicație încă 1—2 zile.	După necesitate
6.	Poziția bolnavului — în D V cu un săculeț de nisip așezat sub abdomen sau pernă.	Pentru acces comod la rinichi
7.	Cu 2—3 ore înainte de examinare se va asigura cu 1 litru de alcool 70° pentru dezinfectarea ultrasonografului.	
8.	Asistenta medicală pregătește materialele necesare și le transportă lângă bolnav pe măsuța sterilă.	Se asigură comoditate și acces
9.	Asistenta medicală îmbracă mănușile sterile și servește medicului mănuși sterile.	Combaterea infecției
10.	Puncția este executată de către medic sub controlul USG	
11.	Asistenta medicală ajută și asistă medicul: a) Servește necesarul pentru dezinfectarea pielii b) Servește siringa cu anestetic pentru anestezia locală c) Ajută medicul la fixarea câmpului steril. d) Pune la îndemână tăvița pentru resturi. e) Servește bisturiul steril pentru o mică incizie. f) Servește acul pentru puncție. g) Servește flaconașul pentru țesutul recoltat la biopsie. h) Se împachetează flaconașul i) Se completează îndreptarea în laborator.	
12.	Asistenta medicală aplică pansament steril pe locul puncției și scutec steril.	
13.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției
14.	Se transportă bolnavul în salon.	
15.	Respectă regim la pat 24 ore.	Pacientul va fi supravegheat
16.	Se supraveghează în primele 6 ore culoarea urinei, pansamentul și plaga	Pentru a evita pericolul hemoragiei
17.	Se administrează anticoagulante	La indicația medicului
18.	Flaconul cu țesutul recoltat se transportă în laboratorul citologic	

STANDARD

PREGĂTIREA PREOPERATORIE PENTRU TRANSPLANTUL RENAL

Scopul: Pregătirea psihică a pacientului
Pregătirea fizică a pacientului și a locului operator

Indicații: Intervenția chirurgicală la rinichi la indicația medicului.

MATERIALE NECESARE:

Necesarul pentru clizmă evacuatoare, trusa pentru berbierit (ras), alcool 70 grade, Tinctura de iod 0,5 — 1 %, Pense sterile, tampoane sterile, baghete sterile, tensiometru, stetoscop, ceas cu secundar. Registrul evidenței pacienților pregătiți pentru operație. Necesarul pentru recoltarea singelui la diverse probe (sîngelui și urinei) – coagulograma, grupa sanguină. Flaconul cu sînge, trusa pentru transfuzie. Medicamentele indicate, scutec steril, mănuși, tăvițe renale pentru premedicație.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Medicul anunță pacientul despre necesitatea transplantului renal	Se va respecta dreptul pacientului la informare
2.	Se va stabili donatorul de rinichi care va fi în prealabil examinat	Pentru a evita incompatibilitatea
3.	Asistenta medicală va încuraja recipientul și donatorul	Pentru a reduce frica, anxietatea
4.	Se va nota în scris acordul donatorului și a recipientului în formulare speciale – consimțămîntul lor	Pentru a legitima acordul verbal. Conform cerințelor juridice
5.	Ambii pacienți vor fi pregătiți concomitent	Vor fi operații ample
6.	Se precizează data și ora operației	
7.	Ziua în ajunul intervenției ambii pacienți vor consuma alimente ușoare	Pentru a pregăti corect
8.	Ultima masă o cină ușoară, ceai, pesmeți	Pentru a evita balonarea intestinului
9.	Urmează efectuarea clizmei. evacuatoare repetată de 3 ori, ora 18.00, 19.00, 21.00;	
10.	Seara la 21.00 - 22.00 se administrează antibiotice	Pentru combaterea infecției
11.	As/med creează condiții pentru un somn bun	
12.	În dimineața intervenției pacienții nu mănîncă și nu se hidratează	
13.	Se va recolta 5 ml de sînge venos pentru proba de compatibilitate de grupă și factorul rezus	Conform cerințelor
14.	Dimineața după somn se pregătește cîmpul operator	
15.	Se rade cu trusa individuală părul de pe regiunea lombară	
16.	Se rade de pe regiunea pelviană și organele genitale	
17.	Apoi se badijonează pielea cu tinctura de Iod 0,5 %	
18.	La fel se badijonează cu altă baghetă regiunea organelor genitale	
19.	Baghetele folosite se instalează în tăvițe renale la dezinfectare	Apoi se dezinfectează și se aruncă la deșeuri
20.	Locurile dezinfectate, se acoperă cu scutec steril	
21.	Se repetă administrarea antibioticilor	La indicația medicului
22.	Urmează transportarea pacienților în sala de operație	
23.	Se așterne pe brancardă lenjerie curată	Pentru protecție.
24.	Se instalează în DD donatorul	
25.	Se învelește cu plapumă dacă este rece	
26.	Se transportă în sala de operație	
27.	La fel se procedează la transportarea recipientului	
28.	Se transmite pentru ambii documentația necesară	
29.	Seara și dimineața în ajunul operației se va determina TA și pulsul.	Se vor nota în fișa medicală și pe foaia de t°-ră

CAPITOLUL III

RECOLTAREA MATERIALELOR PENTRU INVESTIGAȚII

1. Recoltarea materialului pentru frotiu din rinofaringe, ureche, ombilic, din plagă și a laptelui matern	79
2. Recoltarea urinei pentru examen clinic sumar la matur	81
3. Recoltarea urinei pentru examen clinic sumar la copil	81
4. Recoltarea urinei pentru determinarea glucozei	82
5. Recoltarea urinei la profilul glucozuriei	83
6. Recoltarea urinei pentru determinarea catecolaminelor	83
7. Recoltarea urinei pentru determinarea acetonei	84
8. Recoltarea urinei pentru determinarea proteinuriei	85
9. Recoltarea urinei la probele funcționale renale — P.F.R.	86
10. Recoltarea urinei la proba neciporencu la copil	87
11. Recoltarea urinei la proba neciporencu la pacientul în stare gravă	88
12. Recoltarea urinei la proba Zimnițkii	89
13. Recoltarea urinei la examenul bacteriologic (urocultura)	90
14. Recoltarea sputei pentru examenul sumar	91
15. Recoltarea sputei la BAAR	92
16. Recoltarea sputei la examenul bacteriologic	93
17. Recoltarea materiilor fecale la o/h (ouă helminți) și examenul coprologic	94
18. Recoltarea materiilor fecale la disbacterioză	95
19. Recoltarea materiilor fecale la grUPA intestinală	96
20. Recoltarea materiilor fecale la virusul poliomielitei	97
21. Recoltarea sângelui la probele biochimice, pentru grupa sanguină	98
22. Recoltarea sângelui la HIV/SIDA	99
23. Recoltarea sângelui din venă la copil	100
24. Recoltarea secrețiilor vaginale pentru frotiu	101
25. Măsurarea diurezei totale — DT	103
26. Recoltarea materiilor fecale în hemoragie ocultă	104
27. Recoltarea urinei pentru însămânțare = examenul bacteriologic = urocultură la copil	105
28. Recoltarea materiilor fecale la coprogramă	106
29. Recoltarea sângelui pentru însămânțare — Hemocultura	107

STANDARD

RECOLTAREA MATERIALULUI PENTRU FROTIU DIN RINOFARINGE, URECHE, OMBILIC, DIN PLAGĂ ȘI A LAPTELUI MATERN

Scopul: Pentru depistarea germenilor patogeni cu scop de diagnostic la nivelul faringelui, urechii, ombilicului, plăgii și în laptele matern

Indicații: La indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

spatulă sterilă, eprubete sterile cu ansă, stativ, lampă de spirt, chibrite, mănuși, mască.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică necesitatea recoltării materialului pentru frotiul indicat	Se respectă dreptul la informare
2.	Se asigură cu materiale necesare.	Pentru comoditate
3.	Să fie completate îndreptările în laborator și iscălite de medic	Conform cerințelor
4.	Dacă se recoltează la copil se va calma	
5.	Recoltarea exudatului faringian	Se efectuează dimineața
5.1	Se anunță să nu mănânce înainte de recoltare	Ca să se depisteze flora microbiană
5.2	Să nu clătească gura	-/-
5.3	Poziția șezând pe scaun, copilul la mama în brațe	Se asigură comoditate
5.4	Asistenta medicală spală mâinile, le dezinfectează	Combaterea infecției
5.5	Fixează masca, îmbracă mănușile	Pentru protecție
5.6	Aprinde lampa de spirt	Pentru dezinfectare prin flambare
5.7	Roagă pacientul să deschidă gura	
5.8	Cu spatula linguală fixează limba	Se asigură acces la faringe și amigdale
5.9	Scoate din eprubetă ansa metalică cu tampon steril	
5.10	Șterge mucoasa faringelui și amigdalelor cu acest tampon steril	Recoltează materialul — exudatul
5.11	Scoate spatula, pacientul închide gura	
5.12	Se flambează marginea eprubetei și dopul	Combaterea infecției
5.13	Se introduce rapid ansa cu tamponul în eprubetă și se fixează dopul	Pentru a menține sterilitatea
5.14	Se stinge lampa de spirt	
5.15	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
5.16	Se atașează îndreptarea în laborator	
5.17	Se transportă în laborator <i>În lab. Bact.</i> <i>Material Pentru frotiu din rinofaringe la însămânțare și antibioticogramă.</i> <i>Bivol Ana, 48 ani 11.04.2009, Med. Ursu</i>	Să fie aceeași marcă pe eprubetă și îndreptare
6.	Recoltarea secrețiilor nazale	
6.1	Se repetă momentele din punctul 5.3 — 5.6	
6.2	Capul să fie în extensie	Se asigură comoditate și acces
6.3	Se ridică cu mâna stângă vârful nasului	Se va lărgi meatul nazal
6.4	Se scoate din eprubetă ansa cu tampon steril	
6.5	Se badijonează mucoasa meatului nazal pe rând la ambele nări	Pentru a recolta exudatul
6.6	Se flambează marginea eprubetei și dopul	Pentru combaterea infecției
6.7	Se introduce în eprubetă ansa și se fixează dopul	Se va menține sterilitatea
6.8	Se repetă Etapele 5.14 — 5.16	În îndreptare se indică locul recoltării secrețiilor iar restul e ca 5.16
7.	Recoltarea secreției otice — din ureche	
7.1	Se efectuează etapele 1, 2, 3, 5.3 — 5.6	
7.2	Se apleacă puțin capul și se introduce în canalul auditiv spicula auriculară	Pentru a lărgi lumenul și a avea acces mai bun
7.3	În lipsa ei canalul auditiv se va lărgi prin tragerea cu mâna stângă a lobului urechii în jos și la spate	-/-

7.4	Se scoate ansa din eprubetă cu mâna dreaptă și se introduce în canalul auditiv	
7.5	Se îmbibă tamponul steril cu exudatul de pe mucoasă	Pentru a fi examinat
7.6	Se repetă etapele 5.12, 5.13, 5.14	
7.7	Se extrage spicula	Se dezinfectează toate obiectele folosite
7.8	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
7.9	Se atașează îndreptarea în laborator	
8.	Recoltarea secreției oculare de pe conjunctivă	
8.1	Se efectuează etapele 1,2,3, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6.	
8.2	Se depărtează pleoapele cu mâna stângă	Se asigură acces la conjunctivă
8.3	Se ia din eprubeta sterilă ansa metalică cu tamponul steril cu mâna dreaptă	
8.4	Se recoltează prin badijonare de pe partea internă a pleoapei inferioare sau superioare	Pentru frotiuSe va alege locul cu secreția mai multă
8.5	În caz dacă este secreție abundentă se ia material din unghiul intern al ochiului	
8.6	Se efectuează etapele 5.12, 5.13, 5.14	
8.7	Se reorganizează locul de lucru	Se dezinfectează obiectele folosite
8.8	Se atașează îndreptarea în laborator	Ca 5.17 — se indică locul recoltării secrețiilor
9.	Recoltarea secrețiilor din ombilic	
9.1	Se efectuează la fel ca recoltările materialelor pentru frotiu din ochi	Vezi p. 1, 2, 3, 4, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6
9.2	Se dezvelește regiunea ombilicului, se scoate pansamentul	
9.3	Apoi se repetă etapa 8.3	Vezi p. 8.3
9.4	Se badijonează atent ca să se recolteze exudatul din plaga ombilicală	Pentru frotiu
9.5	Se repetă etapele 5.12, 5.13, 5.14, 5.15	
9.6	Se transportă în laborator cu îndreptare	
10.	Recoltarea laptelui mamei pentru frotiu	La examenul bacteriologic
10.1	Se pregătește eprubeta sterilă	
10.2	Se efectuează etapele 1,2,3, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6	
10.3	Se prelucrează mamelonul și se usucă	Cu apă și săpun
10.4	Se storc câteva picături de lapte care nu se recoltează	Primele picături conțin microbi de pe mamelon
10.5	Apoi se stoarce lapte direct în eprubetă sterilă câteva picături	Pentru a fi examinate
10.6	Se repetă etapa 5.12	
10.7	Se fixează imediat dopul flambat	Se va menține sterilitatea
10.8	Se repetă etapa 5.14, 5.15, 5.16, 5.17	În îndreptare se indică „Lapte matern”

STANDARD**RECOLTAREA URINEI PENTRU EXAMEN CLINIC SUMAR LA MATUR**

Scopul: De diagnostic. De supraveghere a evoluției bolii și efectului în tratament

Indicații: Pentru toți pacienții spitalizați

MATERIALE NECESARE:

mușama, scutec, ploscă, materiale pentru toaletă intimă, recipient pentru recoltarea urinei și îndreptarea în laborator, tăvița renală sterilă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea psihică a bolnavului. Este anunțat	Ca să accepte și să coopereze
2.	Pregătirea materialelor necesare și transportarea lângă pacient	Se asigură comoditate
3.	Pregătirea asistentei: spălarea, dezinfectarea mâinilor, îmbrăcarea mănușilor	Pentru combaterea infecției
4.	Se efectuează toaleta intimă	Vezi Standardul
5.	Se explică să se urineze obișnuit primele picături, apoi restul urinei în tăviță renală sterilă servită	Pentru a nu modifica componentele urinei
6.	Se recoltează toată urina	
7.	Din ea se toarnă în recipient curat 100—150 ml	Cerința după standardul laboratorului
8.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
9.	Se completează îndreptarea în laborator	Se respectă cerințele laboratorului
10.	Se transportă în laborator la ora cerută de laborator.	Fiecare secție are orarul său.

STANDARD**RECOLTAREA URINEI PENTRU EXAMEN CLINIC SUMAR LA COPIL**

Scopul: De diagnostic. De supraveghere a evoluției bolii și efectului în tratament

Indicații: Pentru toți pacienții spitalizați

MATERIALE NECESARE:

mușama, scutec, ploscă, materiale pentru toaletă intimă, recipient pentru recoltarea urinei și îndreptarea în laborator, tăvița renală sterilă

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea psihică a bolnavului. Este anunțat copilul sau mama	Ca să accepte. În dependență de vârsta copilului.
2.	Pregătirea materialelor necesare și transportarea lângă pacient	Se asigură comoditate
3.	Pregătirea asistentei: spălarea, dezinfectarea mâinilor, îmbrăcarea mănușilor	Pentru combaterea infecției
4.	Se efectuează toaleta intimă	Vezi Standardul
5.	Se explică să urineze în tăviță renală sterilă servită	Pentru copil mai mare, la copil mic se implică în recoltare mama ca să urmărească momentul urinării
6.	Se recoltează toată urina	
7.	Din ea se toarnă în borcnaș 50 — 100 ml	În dependență de vârsta copilului
8.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
9.	Se completează îndreptarea în laborator	Se respectă cerințele laboratorului
10.	Se transportă în laborator la ora cerută de laborator.	Fiecare secție are orarul său.

STANDARD

RECOLTAREA URINEI PENTRU DETERMINAREA GLUCOZEI

Scopul: La bolnavii cu diabet zaharat în scop de a supraveghea evoluția bolii și efectul terapiei

MATERIALE NECESARE:

- Vas curat de sticlă cu capac (de dorit să fie gradat)
- Marcarea pe vas a numelui pacientului
- Îndreptarea la laborator
- Vas gradat de 200ml

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează indicațiile medicului	Se va preciza numele pacientului și denumirea examenului
2.	Se anunță pacientul și se explică etapele recoltării urinei	Se respectă dreptul la informație; ca pacientul să accepte și să înțeleagă
3.	Se atașează pe vas îndreptarea cu numele, secția pacientului	Se transportă la laborator la 7 și 30 min.
4.	Se explică pacientului unde se păstrează vasul	<i>Urina la glucoză</i> <i>Sîrbu M.C</i> <i>11.04.09</i> <i>Endo SO₂0 N 0645391</i> <i>sau</i> <i>Urina la glucoză</i> <i>Sîrbu M. C</i> <i>11.04.09</i> <i>Endo cu plată Nr. bonului 0876567</i>
5.	Să înceapă recoltarea dimineată	
6.	Prima micțiune după somn nu se recoltează	
7.	Toată urina din celelalte micțiuni în cursul zilei și nopții se va recolta în vasul pregătit	
8.	Se recoltează urina până a doua dimineată, inclusiv cea după somn	
9.	Se măsoară tot volumul urinei, se amestecă cu o baghetă	
10.	Se toarnă în vasul gradat 100—150 ml și se transmite la laborator	

STANDARD RECOLTAREA URINEI LA PROFILUL GLUCOZURIEI

Scopul: Pentru a determina dinamica cantității de glucoză în urină pe parcursul zilei

Indicații: Bolnavul cu diabet zaharat

MATERIALE NECESARE:

- 3 recipiente curate — vas de sticlă gradat
- îndreptare la laborator

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează indicațiile medicului	Pentru a preciza numele pacientului și investigația
2. Se explică pacientului importanța examinării	Se respectă dreptul pacientului la informație. Ca să înțeleagă și să accepte
3. Se recoltează 3 porții de urină în 24 ore:	Se va determina cantitatea glucozuriei în
a. Porție într-un vas curat, toată cantitatea micțiunilor de la 8.00 până la 17.00, se măsoară cantitatea urinei și se notează pe formularul pregătit pentru laborator; se ia în alt vas 100—150ml urină pentru laborator.	Porția 1 Se va determina cantitatea glucozuriei în Porția 2 Se va determina cantitatea glucozuriei în
b. porție — se recoltează urina într-un vas curat toată cantitatea micțiunilor de la ora 17.00 până la 23.00; se măsoară cantitatea urinei și se notează pe formular pregătit pentru laborator, se ia în alt vas 100—150 ml urină pentru laborator.	Porția 3 <i>Pe fiecare vas:</i> Bivol A.D S020N064532 11.04.2009 Porția 1
c. porție — se recoltează urina într-un vas curat toată cantitatea micțiunilor de la 23.00—8.00; se măsoară cantitatea urinei și se notează pe formular pregătit pentru laborator, se ia în alt vas 100—150 ml urină pentru laborator.	Endo a/m Teșu C. 8.00-15.00 Profil glucozuric Cantit. 800ml
Se transportă dimineața la laborator 3 porții de urină și formularul completat	La fel se completează pentru porția a doua și a treia.

STANDARD RECOLTAREA URINEI PENTRU DETERMINAREA CATECOLAMINELOR

Scopul: Asistenta medicală să recolteze corect urina pentru a determina cantitatea catecolaminelor

Indicații: Pentru a determina funcția glandelor suprarenale (zona medulară)

MATERIALE NECESARE:

Recipient de sticlă cu volumul de 3000 ml; conservant special primit din laborator

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează indicațiile medicului.	Pentru a preciza numele pacientului și scopul
2. Se anunță pacientul și se explică necesitatea recoltării.	examinării.
3. Se explică mersul procedurii.	Se respectă dreptul la informare.
4. Asistenta medicală se asigură de la laborator cu un borcan de volum mare cu conservant special.	Ca pacientul să înțeleagă și să accepte La indicațiile laboratorului, timp de 24 ore.
5. Bolnavul se va urina în acest vas în cursul zilei și nopții, inclusiv a doua dimineață.	<i>Secția endocrinologie Lab. enzimhormonal</i> <i>Urina la catecolamine</i>
6. Toată urina recoltată se transportă în recipientul inițial cu conservant la laborator	<i>Ana Bivol a/m Covliuc</i> 11.04.2009
7. Se completează și se atașează pe vas îndreptarea în laborator.	<i>asigurat S020 N</i>
8. Se transportă urina colectată dimineața în laborator	<i>Nr bonului de plată 0822912</i>

STANDARD**RECOLTAREA URINEI PENTRU DETERMINAREA ACETONEI**

Scopul: Asistenta medicală va recolta urina proaspătă la bolnav pentru a examina acetona, care manifestă decompensăția diabetului zaharat

Indicații: La bolnavii cu diabet zaharat

MATERIALE NECESARE:

Vas = recipient de sticlă, gradat; îndreptare în laborator

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează indicațiile medicului.	Se va preciza numele pacientului și denumirea examinării
2. Se explică importanța și esența examinării	Ca pacientul să înțeleagă și să accepte
3. Se explică tehnica procedurii	Se respectă dreptul la informare
4. Pacientul trebuie să efectueze toaleta intimă înainte de recoltare.	Combaterea infecției
5. Se recoltează orice cantitate de urină, cât de puțin, 5—10 ml și în orice timp din cele 24 ore.	Dacă e grav, toaleta intimă o face asistenta medicală (vezi Standardul)
6. Se atașează pe borcănaș îndreptarea în laborator	E indicată cantitatea și ora recoltării urinei
7. Se transportă la laborator	
8. Se mai poate determina prezența acetonei în urină cu ajutorul testului rapid „Expres”	Este determinată prezența acetonei în urină — testul își schimbă culoarea
	<i>Secția endocrinologie, Lab. clinic</i> <i>Urina la acetonă</i> <i>Ana Bivol</i> <i>asistenta medicală Covliuc</i> <i>11.04.2009</i> <i>asigurat S020N164311</i> <i>Nr. bonului de plată 0822912</i>

STANDARD**RECOLTAREA URINEI PENTRU DETERMINAREA PROTEINURIEI**

Scopul: Pentru a determina pierderea de proteină din organism cu urină în 24 ore.

Indicații: Bolile renale, bolile endocrine inclusiv și diabetul zaharat.

MATERIALELE NECESARE:

Recipient curat pentru toată urina în 24 ore, recipient de sticlă 150 ml curat; îndreptare la laborator.

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicului.	Pentru a preciza numele pacientului și denumirea examinării.
2.	Se anunță pacientul și se explică necesitatea recoltării urinei.	Se respectă dreptul pacientului la informație ca să înțeleagă și se accepte.
3.	Se explică modul recoltării și locul păstrării recipientului timp de 24 ore.	Ca să înțeleagă și se accepte.
4.	Începe recoltarea urinei dimineată.	
5.	Urina din prima micțiune după somn nu se recoltează.	E necesară toaleta intimă a pacientului.
6.	Se recoltează apoi urina din toate micțiunile pe parcursul zilei și nopții.	În vasul pregătit
7.	A doua zi dimineată după somn urina se recoltează în recipient.	Ca să fie urina de 24 ore
8.	Se amestecă toată urina și se măsoară volumul	
9.	Se toarnă 100—150 ml de urină în recipientul curat.	Secția endocrinologie Chicu S.V. asistenta medicală Teșu C. Vol. 2000 ml (2 litri) 11.04.2009
10.	Pe îndreptarea pentru laborator se notează numele pacientului, denumirea analizei, data, secția și volumul de urină colectat în 24 ore. Urina la proteina nictimerală	Conform cerințelor
11.	Recipientul se transportă la laborator.	

STANDARD

RECOLTAREA URINEI LA PROBELE FUNCȚIONALE RENALE — P.F.R.

Scopul: Pentru a determina funcția rinichilor.
Evoluția bolii.
Efectul tratamentului.

Indicații: În toate bolile renale cronice.

MATERIALE NECESARE:

Vas de sticlă de 3 litri gradat, o eprubetă curată, îndreptare în laborator, o baghetă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică pacientului necesitatea investigației	Se respectă dreptul la informație.
2.	Se explică modalitatea recoltării.	Ca pacientul să înțeleagă
3.	Se recoltează urina — timp de 24 ore, într-un vas gradat.	Pentru a preciza cantitatea urinei.
4.	În dimineața când se începe recoltarea, urina din prima micțiune nu se recoltează.	Este urina din lichidul consumat seara-noaptea
5.	Începând cu ora 9.00 porțiile de urină din toate micțiunile se recolectează în vas gradat.	În cursul zilei și în cursul nopții.
6.	A doua zi dimineața porția de urină după somn se recoltează în borcan.	
7.	Pe parcursul recoltării urinei bolnavul să nu primească diuretice.	Pentru a nu forța diureza.
8.	Se amestecă bine cu o baghetă toată urina și se măsoară volumul.	Pentru ca urina să aibă aceeași concentrație.
9.	Se toarnă într-o eprubetă 10—15 ml de urină.	Pentru laborator.
10.	Se atașează îndreptarea pe eprubetă <i>Lab. clinic Secția endocrinologie</i> <i>Urina la P.F.R. V- 2100 ml.</i> <i>Moraru Dragoș</i> <i>11.04.2009, med:</i> <i>asistenta medicală:</i>	Să fie completată conform cerințelor
11.	Se transportă în laborator la ora indicată.	Conform orarului de lucru

STANDARD**RECOLTAREA URINEI LA PROBA NECIPORENCO LA COPIL**

Scopul: De a recolta porția de urină sterilă;
Pentru a determina în laborator numărul de leucocite și eritrocite în sediment.

Indicații: la indicațiile medicului în unele boli renale.

MATERIALE NECESARE:

- mușama
- sticlă sau eprubetă sterilă
- îndreptare la laborator

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale	Pentru a preciza numele și scopul examinării
2. Se va asigura cu un recipient steril — eprubeta sau sticlă cu dop	Din laborator
3. Se informează mama despre necesitatea și tehnica recoltării.	Pentru ca să accepte și să colaboreze
4. Sub copil se așterne mușama subțire.	Pentru a proteja lenjeria
5. Se dezbracă și se înlătură pampersul	Se asigură acces la organele urinare
6. Se supraveghează apariția micțiunii.	
7. Nu se recoltează începutul micțiunii.	Conform cerințelor
8. Se recoltează porția de mijloc a urinei dintr-o micțiune — cantitatea 3—5 ml.	
9. Se fixează dopul.	
10. Copilul este îmbrăcat.	
11. Se înlătură mușama	
12. Se completează îndreptarea în laborator: <i>Secția nr-1 laborat. Clinic,</i> <i>Urina la proba Neciporenco.</i> <i>Ceban D. 6 luni, 11.04.2009 as. med.</i>	Se va atașa la recipientul cu urina
13. Se transportă urina recoltată la laborator pentru examinare	
14. Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD**RECOLTAREA URINEI LA PROBA NECIPORENCO LA PACIENTUL ÎN STARE GRAVĂ**

Scopul: Pentru a determina în laborator numărul de leucocite și eritrocite în sedimentul urinei

Indicații: La indicațiile medicului în unele boli renale

MATERIALELE NECESARE:

- mușama
- sticlă sau eprubetă sterilă
- îndreptare la laborator
- scutec
- ploscă, urinar
- mănuși

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se anunță bolnavul și se explică necesitatea examinării	Se respectă dreptul la informație
2.	Se explică modalitatea recoltării	Ca să accepte și să înțeleagă
3.	Materialele necesare sunt aranjate lângă bolnav	Se asigură comoditate și acces
4.	Se efectuează toaleta intimă	Dacă bolnavul este grav, toaleta intimă se efectuează în pat.
5.	Se recoltează urina din porția de dimineață	Conform cerințelor
6.	Primele picături de urină nu se recoltează	
7.	Se recoltează porția de mijloc a urinei, direct în recipient (curat, gradat)	
8.	Sfârșitul micțiunii se efectuează în ploscă	
9.	Pe borcânaș se va atașa următoarea îndreptare <i>Lab. Clinic, Secția Endocr.</i> <i>Urina — Proba Neciporenco</i> <i>Ana Crețu</i> <i>11.04.09 med:</i> <i>asistenta medicală:</i>	
10.	Se transportă la laborator la ora indicată	Se respectă regimul de lucru al laboratorului
11.	Se reorganizează locul de lucru	Pentru combaterea infecției
12.	Se dezinfectează obiectele folosite	Pentru combaterea infecției

STANDARD RECOLTAREA URINEI LA PROBA ZIMNIȚKII

Scopul: De a determina funcția de eliminare și concentrație a rinichilor.

Indicații: La indicația medicului.

MATERIALE NECESARE:

8 recipiente de 200 ml, ploscă, îndreptările în laborator, D.Î.N., Foaia de prescripție medicală.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale	Să se precizeze numele pacientului și investigația.
2. Se anunță pacientul despre necesitatea investigației.	Se respectă dreptul la informare.
3. Asistenta medicală pregătește recipientele necesare	
4. Se explică pacientului etapele recoltării. 4.1 După somn urina matinală nu se recoltează 4.2 Următoarea porție de urină se recoltează timp de 3 ore 4.3 A II porție la fel. 4.4 La fel se recoltează și celelalte porții. 4.5 Ultima porție se recoltează la ora 6 dimineață a doua zi 4.6 Dacă pacientul doarme noaptea, se va trezi 4.7 În caz dacă o probă de urină are o cantitate mai mare decât recipientul pregătit, se va recolta în recipient suplimentar. 4.8 Dacă nu este urină în una din probe se va transmite în laborator recipientul gol. 4.9 La pacienții gravi urina se va recolta în pat.	Să înțeleagă și să accepte. Este urina din hidratarea din ajun. Ora 9.00—12.00 Ora 12.00—15.00 15.00, 18.00, 21.00, 24.00, 3.00, 6.00 Pentru a recolta porția indicată. Care se va marca cu aceeași oră și număr de probă. Se va servi plosca.
5. Pe fiecare recipient asistenta medicală scrie o etichetă completată, care indică numărul probei, ora recoltării, numele pacientului și scopul investigației.	Exemplu: N.3-15.00 Ana Bivol Proba Zimnițkii Data 11.04.2009
6. Asistenta medicală completează apoi îndreptarea comună în laborator Exemplu Vezi anexa 1	Pentru toate 8 probe
7. Asistenta medicală măsoară cantitatea în fiecare probă de urină.	Se notează rezultatele direct pe formular.
8. Se transportă în laborator toate probele cu îndreptarea completată.	Pentru a determina densitatea urinei.
9. Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției.

Anexa 1

Secția ATI Labor.clinic Proba Zimnițki Pacientul Stropșa Ion			
N d/r	ora	Cantitatea	Densitatea
1.	9.00	50ml	
2.	12.00	100ml	
3.	15.00	70ml	
4.	18.00	100ml	
5.	21.00	40ml	
6.	24.00	60ml	
7.	3.00	50ml	
8.	6.00	80ml	
Data _____ Asistenta medicală: <i>Lupu</i> _____			

STANDARD**RECOLTAREA URINEI LA EXAMENUL BACTERIOLOGIC (UROCULTURA)**

Scopul: Pentru a determina sterilitatea urinei.
Pentru a preciza flora microbiană și sensibilitatea ei la antibiotice.

Indicații: La indicația medicului.

MATERIALE NECESARE:

totul necesar pentru toaleta intimă, necesarul pentru sondajul vezical, eprubeta sterilă, suport pentru eprubetă, lampa de spirit, chibrite, îndreptarea pentru laborator, FM, D.Î.N.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale.	Ca să precizeze numele pacientului și investigația.
2. Se anunță pacientul despre necesitatea investigației.	Se respectă dreptul la informare.
3. Asistenta medicală pregătește recipientele necesare.	Sterile, din laborator
4. Se explică pacientului necesitatea recoltării.	Ca să înțeleagă și să accepte.
5. Se pregătesc toate materialele necesare la îndemână.	Se asigură comoditate.
6. Asistenta medicală efectuează toaleta intimă.	Vezi Standardul.
7. Asistenta medicală efectuează la femei sondajul vezical.	Vezi Standardul.
8. La bărbați sondajul vezical efectuează medicul.	
9. Primele picături de urină eliminate prin sondă sau cateter nu se recoltează.	Conform cerințelor
10. Apoi se va recolta direct în eprubeta sterilă urina în jur de 10 ml.	Pentru a fi examinată.
11. Se lasă capătul sondei de asupra ploștii.	Ca să se elimine toată urina.
12. Asistenta medicală aprinde lampa de spirit.	
13. Se flambează deasupra flăcării marginea eprubetei și dopul.	Combaterea infecției.
14. Se fixează dopul la eprubetă și se stinge lampa de spirit	Se va menține sterilitatea.
15. Se instalează eprubeta în cutia de metal (container) pentru a fi transportată în laboratorul bacteriologic.	Conform cerințelor.
16. Se atașează îndreptarea la laborator în care se indică: Numele, prenumele, vârsta, domiciliul, locul de muncă, funcția, denumirea materialului recoltat, scopul examinării, Numele și funcția persoanei care a recoltat, semnătura medicului.	Pe formular standard și se transportă în laborator.
17. Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD

RECOLTAREA SPUTEI PENTRU EXAMENUL SUMAR

Scopul: Cu scop explorator, pentru a preciza patologia și flora microbiană.

Indicații: La indicația medicului.

MATERIALE NECESARE:

FM, D.Î.N., recipiente cu capac, îndreptarea în laborator, pahar cu apă fiartă, tăviță renală, scuiător individual, echipament — mască, mănuși.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicului. 2. Se explică pacientului necesitatea recoltării. 3. Se pregătesc materialele necesare. 4. Se explică pacientului etapele recoltării. 5. Este de dorit să fie recoltată sputa proaspătă matinală. 6. Se servește pacientului un pahar cu apă pentru a clăti gura și faringele. 7. Se servește recipientul 8. Se explică ca să tușească. 9. Dacă nu se elimină sputa, pacientul va tuși forțat, repetat. 10. Sputa expectorată se elimină direct în recipient. 11. Se explică ca să nu împrășteie sputa. 12. Să nu introducă salivă în recipient și să nu înghită sputa. 13. În caz dacă lipsește sputa matinală se va recolta sputa în 24 ore. 14. Apoi se va recolta sputa din cantitatea totală. 15. Se va recolta pentru investigație 5—10 ml spută. 16. Se completează îndreptarea în laborator și se atașează la recipient. 17. Se va transporta în laborator către orele 10.00. 18. Se reorganizează locul de lucru	Pentru a preciza numele și scopul. Se respectă dreptul la informare. Se asigură comoditatea. Să înțeleagă și să accepte. Conform cerințelor. Pentru a înlătura microbii din cavitatea bucală. Pentru comoditate. Pentru a expectora. Pentru a fi examinată. Prevenirea infecției nosocomiale În scuiător individual. Timp de 24 ore. Conform cerințelor. Exemplu anexa 1. Conform cerințelor Combaterea infecției
Anexa 1: Secț. ATI Labor. clinic Sputa la examenul sumar Ana Bivol Data___ Asistenta medicală___	

STANDARD

RECOLTAREA SPUTEI LA BAAR

Scopul: Pentru a preciza micobacteria tuberculozei în spută
De a supraveghea evoluția TBC

Indicații: 1. La indicația medicului pentru bolnavii suspecti de TBC
2. La toți bolnavii de TBC

MATERIALE NECESARE: FM, D.Î.N., recipiente cu capac, îndreptarea în laborator, pahar cu apă fiartă, tăviță renală, scuipător individual, echipament — mască, mănuși.

Etapele	Argumentarea
1. Se procedează la fel ca în Standardul precedent — se repetă etapele 1-5. 2. Recipientele pentru recoltare sunt pregătite de laboratorul bacteriologic și transportate în secție 3. Asistenta medicală trebuie să fie cu mască și mănuși 4. Se completează îndreptarea în laborator, se atașează la recipient și se transportă în laborator. 5. Se reorganizează locul de lucru.	În recipient separat. Să fie sterile și cu capac. Prevenirea infecției nosocomiale Exemplu anexa 2. Combaterea infecției
Anexa 2: Secț. ATI Labor. Bacter. Sputa la examenul BAAR Ana Bivol Data___ Asistenta medicală___	

STANDARD

RECOLTAREA SPUTEI LA EXAMENUL BACTERIOLOGIC

Scopul: Pentru însămânțare, determinarea florei microbiene și sensibilitatea ei la antibiotice

Indicații: La indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

Eprubeta sterilă, cu dop steril, îndreptate la laborator, pahar cu apă, lampa de spirt, chibrite, container de metal.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se efectuează selectarea prescripțiilor medicale	Pentru a preciza numele pacientului și investigația
2.	Se asigură cu o eprubetă sterilă	Din laboratorul bacteriologic
3.	Se anunță pacientul despre necesitatea acestei investigații	Ca să accepte și să coopereze
4.	Se explică că recoltarea e dimineata după somn, pe nemâncate	Ca să respecte cerințele
5.	Se clătește gura cu apă	Pentru a înlătura infecția bucală
6.	Se explică să tușească și să nu înghită sputa	
7.	Asistenta medicală scoate dopul de la eprubeta	
8.	Pacientul expectorează direct în eprubetă sterilă	Cantitatea sputei 3—5 ml
9.	Nu se recoltează saliva	
10.	Este de dorit să fie flambate marginea eprubetei și dopul la para lampei de spirt	Combaterea infecției
11.	Se fixează dopul	Să se respecte condițiile sterile
12.	Se completează îndreptarea în laborator: <i>În Labor. Bacter.</i> <i>Secția Boli Interne</i> <i>Sputa la însămânțare</i> <i>și sensibilitatea la antibiotice</i> <i>Ana Bivol</i> <i>asistenta medicală _____</i> <i>11.04.09</i>	
13.	Eprubeta sterilă se instalează în container de metal cu îndreptarea completată	Conform cerințelor
14.	Se transportă în laboratorul bacteriologic	
15.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD**RECOLTAREA MATERIILOR FECALE LA O/H (OUĂ HELMINȚI) ȘI EXAMENUL COPROLOGIC**

Scopul: Pentru examenul de laborator, ca să se precizeze tipul de helminți
Pentru a examina componența m/f și aprecierea digestiei.

Indicații: La indicațiile medicului pentru a preciza diagnosticul.
Pentru a supraveghea evoluția bolii și efectul tratamentului
Examenul coprologic ca regulă la copii până la 6 luni.

MATERIALE NECESARE:

- Pampers sau scutec
- Oliță la copii mai mari
- Recipient pentru materii fecale (eprubetă, sticlă).
- Baghetă de lemn sau plastic de unică folosință
- Îndreptare la laborator
- Mănuși de cauciuc

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală efectuează selectarea prescripțiilor medicale.	Pentru a preciza numele și scopul examinării
2. Se va asigura cu recipientul necesar și bagheta.	
3. Se informează mama despre necesitatea și tehnica recoltării.	Pentru ca să accepte și să colaboreze
4. După defecație asistenta medicală va recolta cu bagheta materii fecale câte puțin din 3 locuri diferite.	Asistenta medicală este în mănuși de cauciuc
5. Se recoltează în jur de 5 gr. de materii fecale.	<i>Secția 1</i>
6. Se fixează dopul	<i>Laborat. clinic</i>
7. Bagheta e de unică folosință și se aruncă după dezinfectare	<i>MF la ouă helminți — o/h</i>
8. Se completează îndreptarea în laborator	<i>Ceban D. - 6 luni</i>
9. Se transportă recipientul însoțit de îndreptare în laboratorul clinic la timpul fixat de laborator	<i>11.04.09</i>
10. Se efectuează toaleta intimă a copilului	<i>as. med.</i>
11. Copilul se îmbracă și se instalează în pat.	Vezi Standardul
12. Pentru examenul coprologic, materiile fecale se recoltează la fel ca și pentru o/h în alt recipient.	<i>Secția -1 laborat. clinic</i>
13. Se completează altă îndreptare în laborator	<i>MF la coprologie</i>
14. Se reorganizează locul de lucru	<i>Ceban D. - 6 luni</i>
	<i>11.04.09</i>
	<i>as. med.</i>
	Combaterea infecției

STANDARD

RECOLTAREA MATERIILOR FECALĂ LA DISBACTERIEIOZĂ

Scopul: De a determina prin examinare bacteriologică prezența unor germeni patogeni
Depistarea tulburărilor de digestie

Indicații: Bolile gastrointestinale

MATERIALE NECESARE:

Recipient steril, îndreptare în laborator, baghetă sterilă, mănuși de cauciuc, ploscă, scutec, necesarul pentru toaleta intimă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică bolnavului necesitatea examinării	Se respectă dreptul bolnavului
2.	Se servește plosca, acoperită cu un șervețel steril	Se menține sterilitatea materiilor fecale
3.	După defecație se recoltează cu bagheta din 2—3 locuri diferite materii fecale	10—15 gr în total
4.	Se instalează în recipient steril	
5.	Se acoperă cu capac sau dop	Pentru a nu răspândi infecția
6.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
7.	Se trimite în laborator cu îndreptarea: <i>Lab. Bacter. Secția Gastrologie</i> <i>Mat. Fecale — la disbacterioză</i> <i>Rusu Maria</i> <i>11.04.09 med. Manciu M.</i>	Conform cerințelor

STANDARD**RECOLTAREA MATERIILOR FECALE LA GRUPA INTESTINALĂ**

Scopul: Scop explorator pentru a preciza germenul patologic al infecției intestinale.

Indicații: La indicațiile medicului

MATERIALE NECESARE:

- Mușama subțire
- Mănuși de cauciuc
- Eprubetă cu tijă metalică, cu tampon steril
- Îndreptare în laborator

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală efectuează selectarea prescripțiilor medicului	Pentru a preciza numele și scopul examinării
2. Se va asigura cu eprubeta sterilă specială cu dop steril și o tijă metalică la capăt cu tampon steril.	Din Laborator. Bacteriologic
3. Se informează mama despre necesitatea și tehnica recoltării.	Pentru ca să accepte și să colaboreze
4. Se așterne mușama subțire sub bazinul copilului.	Pentru a proteja lenjeria
5. Poziția copilului în decubit lateral drept (DLD), cu picioarele flexate spre abdomen.	Se asigură acces comod
6. Mama va fixa copilul	Să nu facă mișcări pentru a evita traumatizarea
7. Asistenta medicală îmbracă mănușile	Se asigură protecția
8. Se scoate dopul de la eprubetă.	<i>Sec. Nr-1 10^{oo}</i>
9. Cu mâna dreaptă se scoate tija metalică	<i>Labor. Bacter.</i>
10. Cu mâna stângă se desfac fesele copilului	<i>MF la gr. intestinală</i>
11. Se introduce atent tija metalică în rect cu mișcări rotative.	<i>Ceban D – 6 luni</i>
12. Se introduce la adâncimea 3—4 cm.	<i>11.04.2009</i>
13. Atent se extrage tija din rect și se introduce în eprubetă, fixând bine dopul.	<i>as. med.</i>
14. Copilul se îmbracă și se liniștește.	
15. Se completează îndreptarea în laborator.	
16. Se repetă recoltarea încă de 2 ori cu interval de 1 oră.	Se examinează în 3 porții conform cerințelor
17. În îndreptare de laborator se indică ora recoltării	În container special
18. Se transportă în laborator.	Combaterea infecției
19. Se reorganizează locul de lucru.	

Scopul: Cu scop de precizare a diagnosticului

Indicații: La indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

- Recipient de sticlă steril cu dop
- Baghetă de lemn de unica folosință
- Îndreptare la laborator
- Container pentru transportarea recipientelor cu materii fecale.
- Mănuși de cauciuc.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale	Pentru a preciza numele copilului și scopul investigațiilor
2. Se pregătesc materialele necesare	Se asigură comoditate
3. Se explică mamei necesitatea recoltării și tehnica	Se respectă dreptul la informare ca mama să accepte și să coopereze.
4. După defecație se recoltează cu bagheta 10—15 gr	Este cantitatea indicată de laborator
5. Se instalează m/f în recipient/borcănaș de sticlă	
6. Se fixează dopul	Pentru evita răspândirea infecției
7. Se instalează recipientul în container special în frigider	
8. Se completează îndreptarea în laborator în două exemplare	1 exemplar rămâne în laborator, al 2 vine cu rezultatul în secție.

SCMC Nr.1 Str. S.Lazo 7 Tel: 24—54—83 Îndreptare Material biologic (m/f) p-u investigația la polivirus cu scop profilactic				C N S M P Laborator virusologic Str. Cosmescu 3 Tel: 72—96—11		
N	N.P.P.	Data, luna, anul nașterii	Domiciliul	D-za	Rezultatul	Datele vaccinării
1	Popa Ana	20.01.05	Str. Paris 50 ap. 3	Enterocolită de etiologie necunoscută		—

9. Containerul cu m/f recoltate se transportă la laboratorul virusologic	Nu mai târziu de 24 ore după recoltare
10. Se reorganizează locul de lucru	Pentru combaterea infecției
11. Se efectuează toaleta intimă la copil și se îmbracă, se schimbă Pampersul	Pentru a menține pielea curată și uscată
12. Copilul se instalează comod în pat	

STANDARD

RECOLTAREA SÂNGELUI LA PROBELE BIOCHIMICE, PENTRU GRUPA SANGUINĂ

Scopul: De a extrage o cantitate de sânge indicată de medic, prin puncție venoasă în scop de examinare.

Indicații: Pentru examenul biochimic
Pentru examenul bacteriologic
Pentru examenul serologic
Pentru examenul hematologic
Pentru a determina grupa sanguină

MATERIALE NECESARE:

- mănuși de cauciuc;
- seringă de 5ml, 10 ml;
- ace sterile;
- tampoane de vată;
- alcool, garou;
- suport pentru eprubete;
- îndreptări de laborator;
- tăviță pentru resturi;
- perna de nisip sau elastică;
- scutec steril;
- mască;
- eprubete

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Pregătirea psihică a pacientului	Se calmează și se încurajează
2. Se preîntâmpină ca în dimineața recoltării să nu mănânce	Conform cerințelor
3. Se explică necesitatea examinării	Ca pacientul să accepte
4. Poziția pacientului culcată cu mâna în extensie	Dacă este grav sau inconștient
5. Dacă-i permite starea — poziția șezând	
6. Sub articulația cotului se fixează perna de nisip, acoperită cu scutec	Se creează un acces mai bun la vena cubitală
7. Se eliberează de haină plica cotului	Pentru acces la venă
8. Asistenta se pregătește ca pentru puncția venoasă	Vezi Standardul, tehnica, Etapele
9. Se aplică garoul, se efectuează puncția venei	Vezi Standardul
10. Puncția se face cu acul la care e atașată seringă de 5—10 ml	Pentru a doza corect sângele recoltat
11. După ce am verificat ca în seringă apare sânge, continuăm să extragem cantitatea necesară	Pentru probele biochimice 5—10 ml. Garoul rămâne fixat pentru a menține staza venoasă, urmărim faciesul
12. Când terminăm recoltarea, se eliberează garoul	Pentru a încetini staza venoasă
13. Se extrage acul, pe locul puncției se aplică vată cu alcool	Pentru hemostază
14. Se instalează sângele din seringă în eprubete, fără ac doza necesară	Lent, ca sângele să nu facă spumă, pe marginea eprubetei
15. Se completează îndreptarea la laborator	
16. Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
17. Se practică completarea directă a unui formular standard pentru probele biochimice: — În care se va nota secția — Numele, prenumele pacientului — Data, luna — Se va evidenția denumirea probelor pentru care e recoltat sângele.	Se subliniază
18. Pentru a determina grupa sanguină se procedează la fel cu recoltarea la 5 ml. de sânge	Prin puncția venoasă
19. Îndreptarea în laborator se completează prin notarea numelui, prenumelui pacientului, vârstei, domiciliul, secția, data.	Se trimite în laboratorul clinic pentru a determina grupa sanguină și factorul RH.

STANDARD RECOLTAREA SÂNGELUI LA HIV/SIDA

Scopul: De-a depista boala sau purtătorul de infecție HIV/SIDA.

Indicații: La indicația medicului.

MATERIALE NECESARE:

Totul pentru puncția venoasă, eprubete — 2, stativ pentru eprubete, centrifugă, îndreptarea în laborator-standard, seringă cu ac 10ml, F.M. și DÎN.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicului.	
2. Se anunță pacientul despre necesitatea investigației.	Se respectă dreptul la informare.
3. Se explică pacientului procedura	Se va reduce frica
4. Nu necesită o pregătire specifică	Pacientul poate să mănânce.
5. Asistenta medicală pregătește tot necesarul pentru puncția venoasă și recoltarea sângelui.	Vezi Standardele
6. Se transportă totul lângă pacient	Se asigură comoditate și acces
7. Asistenta medicală respectă cerințele pentru puncția venoasă.	Combaterea infecției.
8. Efectuează puncția venei.	Vezi Standardul
9. Cu seringă recoltează 5ml sânge.	Fără a elibera garoul.
10. Eliberează garoul, aplică tampon cu alcool pentru hemostaza și reorganizează locul de lucru.	Conform cerințelor.
11. Se va transfera sângele din seringă în eprubetă.	Acul să fie detașat.
12. Se va centrifuga sângele din eprubetă.	Pentru a obține serul.
13. Se va strecura serul atent în altă eprubetă.	Eprubeta a II cu dop, se procură de la laboratorul SIDA
14. Se fixează dopul pe eprubetă și se instalează pe stativ.	
15. Se va numerota fiecare eprubetă respectiv numărului de ordine a pacientului.	Cînd se recoltează la mai mulți pacienți
16. Se completează îndreptarea în laborator Standard în care se indică Nr, de ordine, numele, prenumele, anul nașterii, codul, domiciliul, D/medical, data recoltării și data trimiterii în laborator.	Conform cerințelor.
17. Dacă recoltările de sânge au fost efectuate în zilele de odihnă serul se păstrează în frigider.	

STANDARD

RECOLTAREA SÂNGELUI DIN VENĂ LA COPIL

Scopul: Pentru diverse probe de laborator

Indicațiile:

- la indicațiile medicului
- Pentru a preciza diagnosticul
- Pentru a supraveghea evoluția bolii și efectul tratamentului

MATERIALE NECESARE:

- pernuță elastică
- mușama
- scutec steril
- mănuși sterile
- garou
- tăviță pentru resturi
- ac și seringă indicate pentru puncția venoasă
- eprubete
- suport pentru eprubete
- etichete pe eprubete
- îndreptare în laborator
- registru de evidență a probelor biochimice.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale în registru pentru probele biochimice	Se va preciza numele, prenumele și scopul recoltării sângelui
2. Se va asigura locul de lucru cu eprubete din laborator	Se face comanda în laborator
3. Se recomandă recoltarea sângelui să se efectueze dimineața până la mâncare.	În dependență de vârstă a copilului
4. Asistenta medicală pregătește materialele necesare în sala de tratamente	Se asigură comoditatea
5. Se anunță mama sau copilul, dacă este mai mare, despre necesitatea recoltării.	Se respectă dreptul la informare
6. Asistenta medicală spală mâinile, le dezinfectează și îmbracă mănușile sterile	Pentru combaterea infecției
7. Poziția copilului în decubit dorsal pe masa de tratamente.	În dependență de vârsta copilului
8. Se alege vena și locul puncției venoase.	
9. Se efectuează tehnica puncției venoase.	Vezi Standardul
10. După puncția venei se va continua aplicarea garoului sau comprimarea venei mai sus de puncție.	
11. Se aspiră în seringă cantitatea de sânge necesară până la 5 ml.	În dependență de scopul examinării
12. Se eliberează garoul sau se înlătură comprimarea venei cu mâna	Pentru a înlătura staza venoasă
13. Se extrage acul cu seringă din venă	
14. Se aplică un tampon de vată cu alcool	Pentru hemostază și dezinfectare
15. Nu se va îndoi mâna la cot.	Pentru a evita formarea hematomului
16. Copilul este îmbrăcat și transportat în salon	
17. Se va transfera sângele din seringă în eprubetă după ce s-a scos acul, atent — prin scurgerea pe peretele eprubetei. Eprubeta se va astupa cu dop.	Pentru a nu distruge componentele sângelui și a evita formarea spumei. <i>Ex: Laborat. biochimic</i>
18. Pe eprubetă se atașează o etichetă unde se indică denumirea secției numărul de ordine al copilului, din îndreptarea pentru laborator specială, standard pentru probele biochimice.	<i>Ceban D.-3</i> <i>Secția nr-1</i> <i>Vârsta — 6 luni</i> <i>Data colec. 11.04.09</i> În colțul de sus se scrie Nr. 3 ca să coincidă cu cel de pe eprubetă Se evită riscul de infecție Conform cerințelor în sala de tratamente.
19. Pe îndreptarea în laborator pe formularul standard asistenta medicală completează N.P, vârsta, secția, data și se evidențiază denumirea probei biochimice la care s-a recoltat sânge.	Formular standard
20. Se transportă în laborator pentru examinare în ambalaj special — în cutie metalică.	Conform cerințelor
21. Se va reorganiza locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD**RECOLTAREA SECREȚIILOR VAGINALE PENTRU FROTIU**

Scopul: Explorator pentru a determina germenii infecțioși, pentru examenul bacteriologic (însemnătatea și sensibilitatea la antibiotice)

Indicații: La indicația medicului pentru a preciza diagnosticul și tratamentul

MATERIALE NECESARE:

- mănuși sterile;
- lame sterile de sticlă;
- ansa metalică sterilă cu bagheta sterilă;
- chibrite;
- lampă de spirt;
- masa ginecologică;
- scutec pentru pacientă;
- tăviță sterilă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	As. med selectează prescripțiile medicului	Pentru a preciza investigația
2.	Se asigură cu materiale din laborator	Să fie sterile eprubeta și bagheta
3.	Se pregătește locul de lucru și materialele necesare	Se asigură comoditate
4.	Pregătirea psihică a pacientei	Pentru a reduce frica
5.	Se anunță despre modul recoltării. Să-și facă toaleta intimă	Se respectă dreptul la informație ca să înțeleagă și să accepte
6.	Se calmează și se încurajează pacienta	Se va reduce anxietatea
7.	Se recomandă cu 2 zile înainte de recoltare repaus terapeutic local	Conform cerințelor
8.	Pacienta se invită în sala de manipulații	
9.	Poziția culcată pe masa ginecologică	Se asigură acces la organele genitale
10.	Sub bazinul pacientei se așterne un scutec	Combaterea infecției
11.	Asistenta medicală spală mâinile, le dezinfectează și îmbracă mănușile sterile	Combaterea infecției
12.	Cu mâna stânga se desfac labiile mari	Se asigură acces
13.	Recoltarea secrețiilor pentru frotiu:	
13.1	Se introduce cu mâna dreaptă ansa metalică în vagin	Atent pentru a nu trauma
13.2	Se introduce 2—3 cm, atât cât e lungimea capătului alungit al ansei metalice	Se evită traumarea vaginului și a uterului
13.3	Se efectuează o mișcare lentă de rotație pentru a recolta secreția de pe pereții vaginului	Pentru a fi recoltate secrețiile
13.4	Atent se extrage ansa din vagin și secrețiile se instalează pe lama de sticlă	Se instalează pe o margine a lamei
13.5	Cu celălalt capăt al ansei se recoltează secrețiile de pe vulvă	
13.6	Se instalează pe lama de sticlă	Pe celălalt capăt al ei
14.	Se marchează cu creion special numele de familie al pacientei	Pentru a nu confunda cu altă pacientă
15.	Se completează îndreptarea în laborator	Vezi p. 20
16.	Recoltarea la examenul bacteriologic	
16.1	Se pregătește eprubeta sterilă cu o tijă metalică sterilă, la capătul intern al căreia este un tampon de vată steril	Cu dop steril, conform cerințelor
16.2	Se aprinde lampă de spirt	Pentru a flamba
16.3	Cu mâna stângă se desfac labiile mari și mici	Se asigură acces
16.4	Cu mâna dreaptă se scoate tija din eprubeta și se introduce în vagin numai tamponul	Atent pentru a nu trauma
16.5	Se face o mișcare de rotație	Pentru a recolta secrețiile
16.6	Se extrage tija din vagin	
16.7	Se eliberează mâna stângă	
16.8	Se flambează marginea eprubetei și partea internă a dopului	Combaterea infecției

16.9	Se introduce tija în eprubeta și se fixează dopul	Pentru a menține sterilizarea
17.	Pe eprubetă se atașează îndreptarea la laborator	Vezi p. 20
18.	Pacienta este condusă în salon	
19.	Se reorganizează locul de lucru	
20.	Exemple de îndreptări la laborator	
		<i>I. În Lab. clinic Secția „ginec. infantilă” secreții vaginale pentru frotiu Ana Iovu 11.04.09 Asistenta medicală</i>
		<i>II. Pentru eprubeta sterilă: În Lab. Bact. Sec. „ginec. infantilă” Secreții vaginale la însămânțare și antibi- oticogramă Ana Iovu 11.04.09 Asistenta medicală</i>

STANDARD

MĂSURAREA DIUREZEI TOTALE — DT

Scopul: De a supraveghea funcția de eliminare și concentrație a rinichilor

Indicații: La indicațiile medicului pentru toți pacienții în perioada postoperatorie.
Pentru pacienții cu edeme.
Pentru pacienții cu diabet zaharat.

MATERIALE NECESARE:

Sonda vezicală, recipient gradat pentru colectarea urinei, plosca FM, DÎN.

TEHNICA EFECTUĂRII.

Etapele	Argumentarea
1. Dacă pacientul are fixată sonda vezicală stabilă, capătul sondei se va instala în recipient. 2. Se fixează ora. 3. Se va urmări cantitatea de urină eliminată fiecare oră. 4. Pe parcursul zilei — DZ — diureza de zi. 5. Pe parcursul nopții. DT — diureza de noapte 6. Peste 24 ore se sumează cantitățile de urină colectate la indicația medicului. 7. De asemenea asistenta medicală va duce evidența cantității de lichid consumate pe parcursul a 24ore. 8. Pentru pacientul în stare conștientă, cu edeme, diabet zaharat se explică Etapele procedurii: 8.1 Dimineața, după somn I-porție de urină nu se recoltează 8.2 Apoi pe parcursul zilei și nopții să se urineze în ploscă și să recolteze în recipientul gradat. 8.3 Fiecare porție de urină pe parcursul zilei și nopții va fi măsurată de asistenta medicală și notată. 9. A II — zi dimineața urina la fel se va măsura cantitatea și se va nota. Exemplu: Pe parcurs de o oră s-a eliminat 100 ml urină S-a perfuzat 200 ml. Interpretarea rezultatului ---- diureza timp de o oră este scăzută. 10. La un om sănătos cantitatea de urină eliminată în 24 ore constituie 65—75% din cantitatea de lichid consumată în 24 ore. 11. După măsurarea diurezei totale se reorganizează locul de lucru. 12. Asistenta medicală notează rezultatele DT sau DZ și DN în FM și DÎN	Pentru a urmări cantitatea de urină. La indicația medicului. Pentru a ști toată cantitatea de urină eliminată în 24 ore $DZ + DN = DT$ Per oral sau parenteral, sau mixt. Se va urina obișnuit. Urina după măsurare se aruncă. Aceasta este ultima porție de urină colectată. Diureza este 50% DT — Normală Se dezinfectează recipientele

STANDARD**RECOLTAREA MATERIILOR FECALĂ ÎN HEMORAGIE OCULTĂ.**

Scopul: Pentru a depista eritrocitele (microhemoragia) în materiile fecale.

Indicații: Bolnavi cu ulcer stomacal și duodenal.
Cancer stomacal și intestinal.
Dilatarea varicoasă a venelor esofagului și stomacului.

MATERIALE NECESARE:

Plosca, borcânaș curat cu capac, baghetă de lemn curată, îndreptare.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se anunță bolnavul.	Se respectă dreptul la informație.
2.	Se explică necesitatea recoltării.	Ca să accepte.
	Se explică succesiunea recoltării.	
4.	Se recoltează materiile fecale proaspete.	Conform cerințelor
5.	Se servește plosca, la pacient grav.	Vezi Standardul.
6.	După defecație se recoltează cu bagheta din 3 locuri diferite materii fecale.	Cantitatea 10—15 gr.
7.	Se instalează în borcânaș.	
8.	Se fixează capacul.	Pentru a nu răspândi infecția.
9.	Se transportă în laborator cu eticheta: <i>Lab. Clinic — secția gastrologie</i> <i>Materii fecale la hemoragie ocultă</i> <i>Ana Rusu</i> <i>medic</i> <i>11.04.2009 – asistentă medicală</i>	
10.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD**RECOLTAREA URINEI PENTRU ÎNSĂMÂNȚARE = EXAMENUL BACTERIOLOGIC = UROCULTURĂ LA COPIL**

Scopul: Recoltarea urinei sterile pentru însămânțare și depistarea florei microbiene

Indicații: În boli de rinichi;
Pentru a determina flora și sensibilitatea ei la antibiotice;
Pentru a urma un tratament corect cu antibiotice
Pentru a verifica eficacitatea tratamentului

MATERIALE NECESARE:

- totul pentru toaleta intimă;
- sonda vezicală elastică sterilă;
- tăvița sterilă cu tampoane;
- pensă;
- ploscă;
- lampa de spirt;
- chibrite;
- eprubeta sterilă cu suport;
- mănuși sterile;
- tăvița pentru resturi.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Pregătirea psihică a bolnavului	Să fie calmă și să accepte
Se explică necesitatea examinării și esența procedurii	Se respectă dreptul la informație
Materialele necesare se transportă lângă pacient	
Pregătirea asistentei medicale	Vezi Standardul
Se efectuează toaleta intimă	Vezi Standardul
Se instalează sonda vezicală elastică	Vezi Standardul
Se aprinde lampa de spirt	Pentru flambare
Se ia eprubeta în mâna dreaptă	Pentru comoditate
Cu degetul mic al mâinii stângi se scoate dopul	
Cu degetul mare și arătător a mâinii stângi se ține cateterul	Capătul să fie comprimat pentru a reține urina
Se eliberează capătul sondei și se elimină urina în ploscă	O cantitate mică până la 1—2 ml.
Se recoltează în eprubetă porția de mijloc a urinei fără a atinge cateterul de eprubetă	De la 2ml — 10 ml
Restul urinei se elimină în ploscă	
Se flambează la lampa de spirt concomitent capacul eprubetei și dopului	Pentru a distruge microbii
Se fixează dopul	
Se instalează în suport eprubeta	
Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
Se completează îndreptarea în laborator	Conform cerințelor
Se transportă în laborator	Conform orei indicate

STANDARD**RECOLTAREA MATERIILOR FECALĂ LA COPROGRAMĂ**

Scopul: De a determina unele tulburări în digestia alimentelor

Indicații: Bolile gastrointestinale

MATERIALE NECESARE:

Plosca, borcânaș de sticlă, baghetă de lemn curată

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică bolnavului importanța și esența recoltării	Se respectă dreptul la informație
2.	Se recoltează materiile fecale proaspete	Conform cerințelor
3.	Servim bolnavului plosca	Pentru a putea recolta fecalele
4.	După defecație cu bagheta de lemn se recoltează materiile fecale din 3 locuri	Să se respecte cerința din 3 locuri diferite
5.	Se instalează în borcânaș curat	
6.	Se fixează capacul	Pentru combaterea infecției
7.	Cantitatea să fie de 10—15 gr	Conform cerințelor de laborator
8.	Se transportă în laborator cu următoarea îndreptare: <i>Lab. Clinic, Secția Endocrinologie</i> <i>Materii fecale — Coprograma</i> <i>Ana Rusu</i> <i>11.04.09 Asistenta medicală</i>	

STANDARD**RECOLTAREA SÂNGELUI PENTRU ÎNSĂMÂNȚARE — HEMOCULTURA**

Scopul: Examinarea bacteriologică pentru a descoperi în sânge bacterii și se determină sensibilitatea florei la antibiotice

Indicații: septicemia, febra tifoidă, brucelosa și alte indicații ale medicului, holangita septică, furunculoza.

MATERIALE NECESARE:

Totul pentru puncția venoasă, seringă cu ac — 25 mm cu bizoul scurt, borcânaș de sticlă gradat steril cu mediul de cultură, lampă de spirt, chibrite, îndreptări în laborator, mască, mănuși sterile, alcool 70°, eter.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică pacientului necesitatea procedurii	Se respectă dreptul la informare
2.	Bolnavul se calmează și se încurajează	Se reduce anxietatea
3.	Poziția bolnavului culcată	În decubit dorsal — DD
4.	Pregătirea asistentei medicale și a necesarului	Vezi Standardul
5.	Se dezinfectează pielea din plica cotului cu alcool 70°	Combaterea infecției
6.	Se aplică garoul și se face puncția venei	Vezi Standardul
7.	Se extrage cantitatea necesară de sânge în seringă	Până la 10 ml
8.	În timpul recoltării garoul nu se eliberează	Pentru a menține staza venoasă
9.	După recoltare se eliberează garoul	Se înlătură staza venoasă
10.	Se extrage acul din venă	Cu mișcare rapidă
11.	Se aplică tampon cu alcool 70°	Combaterea infecției
12.	Tamponul rămâne pe 2—3 min.	Pentru hemostază
13.	Mâna bolnavului în poziție verticală	Nu se îndoaie la cot, se evită hematumul
14.	O altă asistenta medicală aprinde lampa de spirt	Pentru flambare
15.	Se flambează marginea și dopul borcânașului	Combaterea infecției
16.	Se instalează sângele din seringă în borcânașul steril	Acul se va detașa de la seringă
17.	Se flambează din nou marginea și dopul borcânașului. Se fixează dopul.	De a menține sterilitatea materialului
18.	După flambare lampa se stinge	
19.	Se completează îndreptarea în laborator Lab. Bact. Sec. Chir. Sep- ticăSânge — la însemânțare (hemocultură) Burlacu LidiaAsistenta medicală. 11.04.09	O etichetă înleiată pe borcânaș și un buletin de însoțire
20.	Se etichetează borcânașul cu această îndreptare	
21.	În buletin de însoțire se va completa, răspunsul la întrebări	Conform cerințelor
22.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
23.	Se transportă sângele recoltat în laboratorul bacteriologic	

CAPITOLUL IV

ALIMENTAȚIA PACIENTULUI

1. Pregătirea biberonului.	109
2. Alimentația naturală a sugarului.	110
3. Alimentația artificială a sugarului.	111
4. Alimentația artificială a copilului cu lingurița.	112
5. Alimentația sugarului cu diaree.	113
6. Alimentația bolnavului operat.	114
7. Alimentația artificială a pacientului prin sonda nazo-gastrică.	115
8. Regulile de păstrare a alimentelor în frigider.	116
9. Alimentația pacientului grav în pat.	117
10. Regimul dietetic al pacienților cu Insuficiență Renală Cronică.	118

STANDARD

PREGĂTIREA BIBERONULUI

Scopul: Alimentația artificială a sugarului
Dezinfectarea pentru a combate infecția
Respectarea ordinului MS

Indicații: Alimentația artificială a sugarului

MATERIALE NECESARE:

vas de sticlă gradat, steril; biberon steril, șervețel sau prosop, scaun, amestecuri fierte, amestecuri fără fierbere, amestecuri acre, degresant, periuță pentru sticle, cuptor de uscare, cratiță pentru fierbere a biberonului, vas pentru biberoane sterile și vas pentru biberoane folosite.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se pregătește unul din amestecurile indicate pentru alimentație	La indicația medicului
2.	Se toarnă în sticlă sterilă amestecul	Cantitatea în dependență de vârstă
3.	Se verifică temperatura amestecului	Să fie 36°—37°
4.	Se fixează biberonul steril	
5.	Se așează copilul în poziția comodă	În dependență de vârstă
6.	Se servește biberonul în gurița copilului după ce am evacuat tot aerul din sticlă	Se va evita regurgitația
7.	Asistenta medicală sau mama urmărește procesul de sugere	Pentru a evita pătrunderea aerului, stoparea scurgerii din sticlă prin biberon
8.	După alimentare copilul este culcat în decubit lateral	Se evită riscul aspirării în caz de vomă
9.	Se șterge gurița	
10.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
11.	Se efectuează prelucrarea și dezinfectarea biberonului folosit	Pentru combaterea infecției
11.1	Sticlulele se spală cu apă și soluție degresantă	Pentru a înlătura grăsimea
11.2	Se clătesc bine și se spală cu o perie — arici specială înăuntru	Pentru a înlătura toate resturile
11.3	Se lasă să se scurgă bine de apă	
11.4	Se așează într-o tavă metalică cu orificii în poziție culcată	
11.5	Se instalează în cuptorul de sterilizare pe rafturi speciale	Cuptorul Poupinel
11.6	Se sterilizează timp de o oră la temperatura de 180°	Vezi standardul
12.	Dezinfectarea biberonului	Pentru combaterea infecției
12.1	După folosință se spală aparte într-un vas	
12.2	Se spală bine în apă cu soluție degresantă	Pentru a înlătura grăsimea
12.3	Se clătesc bine sub un get de apă caldă timp de 15 min.	
12.4	Se sterilizează prin fierbere în apă fiartă timp de 15 min.	
12.5	Se păstrează biberonul uscat într-un vas steril acoperit	Conform cerințelor

Scopul: De a hrăni copilul cu laptele matern corect și un termen cât mai lung pentru dezvoltarea normală a organismului

Indicații: Alăptarea la sân a sugarului sănătos și bolnav conform cerințelor actuale.

MATERIALE NECESARE:

- laptele matern
- șervețele de tifon
- tăviță pentru resturi
- cântar
- scutec

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele efectuării	Argumentarea
- Se examinează glanda mamară și mamelonul la mamă. - Se precizează vârsta sugarului și masa corporală. - Se calculează cantitatea de lapte la o alimentație - Se cântărește copilul până la alăptare - Se alăptează copilul - Se cântărește după alăptare. - În concluzie copilul a supt 120 ml lapte. - Se repetă alăptarea după necesitate, la dorința copilului. - Se cântărește la fel la fiecare alimentație timp de 24 ore. - Se plusează cantitatea de lapte supt la fiecare alimentație în termen de 24 ore. - În așa mod se calculează toată cantitatea de lapte supt de sugar în 24 ore. - De ex.: copilul de 2 luni masa corporală 4600 gr a supt în timp de 24 ore 720 ml. lapte. - Dar acest copil trebuie să sugă 900 ml. - Se va completa cantitatea de lapte necesară prin alimentația cu biberonul cu amestecuri lactate la vârsta respectivă. - Asistenta medicală va supraveghea alimentația la sân de către mama copilului bolnav și va respecta indicațiile medicului pentru a efectua alimentația corectă a sugarului. - Asistenta medicală supraveghează ca mama înainte de fiecare alimentare să prelucreze mamelonul și oreola cu un tampon curat și laptele propriu stors. - Asistenta medicală va observa la timp toate reacțiile copilului după alimentație și va anunța medicul.	Pentru a evita posibilitatea unor devieri patologice. Cantitatea necesară în dependență de vârstă și masa corporală De ex.: 4600 gr. De ex.: 4720 gr. Conform indicațiilor Pentru a respecta cerințele actuale referitoare la alimentație naturală La indicația medicului Pentru a combate infecția Pentru a evita complicațiile.

STANDARD ALIMENTAȚIA ARTIFICIALĂ A SUGARULUI

Scopul: De a satisface nevoia de alimentare a copilului pentru a favoriza creșterea și dezvoltarea sugarului.

Indicații: La indicația medicului, când este imposibilă sau insuficientă alimentația naturală.

MATERIALE NECESARE:

- Amestecurile lactate în dependență de vârstă.
- Terciuri diverse
- Brânză de vacă
- Gălbenuș de ou fiert.
- Supă de legume
- Sucuri naturale
- Carne tocată
- Sticlură și biberon
- Linguriță
- Prosop sau șervețel

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează din foaia de prescripții medicale, numele și alimentația artificială indicată.	Pentru a satisface nevoile de alimentație
2. Cantitatea de alimente și frecvența alimentărilor copilului până la un an este indicată de medic.	În dependență de vârstă
3. Asistenta medicală din secție face comanda respectivă la bucătăria spitalului pentru amestecuri și pentru produsele alimentare prescrise.	Pentru a asigura copiii cu alimentația necesară
4. Alimentația artificială se realizează cu amestecuri lactate prin biberon.	La copil de 0—4—6 luni și până la 1 an
5. De la 4—6 luni se adaugă suplimente, care de dorit să se administreze cu lingurița.	În dependență de vârsta copilului
6. Asistenta medicală trebuie să prepare corect amestecurile lactate pentru alimentația sugarului.	În dependență de amestec.
6.1 Amestecurile lactate care se fierb (Maliutca, Maliș) se prepară proaspete înainte de alimentație.	Vezi Standardul
6.2 Asistenta medicală citește atent dozarea de pe cutia cu amestec și folosește apa fiartă și doza de lapte praf în cantitatea indicată de medic.	
6.3 Fierberea de la 3—5 min. până la 15 min.	
6.4 Se va hrăni copilul cu biberonul	De la 6 luni suplimentele, este de dorit de a le folosi cu lingurița. Vezi Standardul „Alimentația cu lingurița“.
7. Dacă sunt indicate suplimente asistenta medicală va hrăni copilul sau cu biberonul sau cu lingurița.	
8. Cantitatea suplimentelor este indicată de medic și se mărește treptat.	

STANDARD

ALIMENTAȚIA ARTIFICIALĂ A COPILULUI CU LINGURIȚA

Scopul: De a satisface nevoia de a mânca și a bea.

Indicații: Pentru copil în vârstă de la 6 luni care este alimentat artificial.

MATERIALE NECESARE:

- linguriță
- prosop sau șervețel
- scaun

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală sau mama spală mâinile	Pentru a combate infecția
2. Alimentele sunt servite calde.	De a evita rece sau fierbinte
3. Poziția copilului în dependență de vârstă: — semișezândă în brațe — șezândă de sine stătător — culcată cu suportul ridicat la cap.	
4. Se așează sub bărbie un prosop sau șervețel.	Pentru a proteja lenjeria
5. Copiii mai mari spală mâinile înainte de mâncare	Pentru a combate infecția Pentru a forma deprinderi igienice
6. Persoana care hrănește copilul se așează comod în fața copilului.	
7. Dacă este ținut în brațe se va instala în mâna stângă pentru al hrăni cu mâna dreaptă.	Se asigură comoditatea
8. Se ia în linguriță alimentele în porții mici.	- //-
9. Se comunică cu copilul pentru a-l include în procesul de hrănire.	În dependență de vârstă
10. Lingurița se introduce atent în guriță după marginea buzelor.	Pentru a evita vărsarea alimentelor și supraîncărcarea gurii
11. Așteptăm ca copilul să înghită.	Pentru a evita tuse, pătrunderea în căile respiratorii
12. Se repetă hrănirea copilului cu lingurița.	Depinde de pofa de mâncare și starea copilului
13. Asistenta medicală sau mama va observa cât mănâncă copilul, cum mănâncă.	Îngrijirea cavității bucale
14. După alimentație se șterge gurița și se reorganizează locul de lucru.	
15. Copilul este instalat în pătuc, culcat pe o parte.	

STANDARD

ALIMENTAȚIA SUGARULUI CU DIAREE

Scopul: De a respecta indicațiile și contraindicațiile
Pentru a favoriza însănătoșirea

Indicații: Diareea la sugar

MATERIALE NECESARE:

- alimentele permise
- prepararea corectă a alimentelor
- biberonul, lingurița
- farfurie, cană
- dieta 16a

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează regimul alimentar prescris din foaia de prescripții medicale	Pentru a preciza dieta și componentele ei
2.	Se va educa mama să excludă din alimentație până la 6 luni: — Pentru copil cu alim. naturală se permite numai laptele mamei — Pentru copil cu alim. artificială sunt interzise sucurile, ceaiul dulce.	Ca să înțeleagă și să respecte
3.	Pentru sugarul de la 6 luni până la 1 an — Pentru alimentația mixtă se exclude sucurile, amestecurile dulci, fructele proaspete	Conform dietei
4.	Se permite în alimentația sugarului în vârstă după 6 luni cu diaree: — terciuri pe lapte diluat cu apă — pireu de cartofi — supă de legume omogenizată — ceai neîndulcit — pesmeți — peltea de fructe — covrigei — carne tocată de vită sau pasare, fiartă	
5.	Se recomandă alimentația în porții mici alimentația 5—6 ori în zi.	În dependență de vârsta sugarului
6.	Asistenta medicală va urmări ca vesela să fie dezinfectată corect, biberonul și sticlutele.	Pentru combaterea infecției
7.	Asistenta medicală verifică dacă mama respectă igiena, spălătul mâinilor atât a copilului cât și proprii	Pentru a evita infecția nozocomială
8.	Prepararea alimentelor se va efectua prin fierbere, calitativ	Se exclude orice produs crud
9.	Concomitent copilul se va hidrata în dependență de necesități și pierderi	La indicația medicului

STANDARD

ALIMENTAȚIA BOLNAVULUI OPERAT

Scopul: De a începe realimentația la timp și corect.

Indicații: Pentru toți pacienții postoperatori

Condițiile:

1. Se va hidrata atunci când nu vomită (peroral);
2. Va mânca după ce a avut scaun precoce;
3. Va mânca după evacuarea gazelor;
4. Nu va consuma fructe crude;
5. Nu va consuma glucide în exces.

MATERIALE NECESARE:

- pahar cu apă;
- linguriță;
- ceai;
- supă de legume;
- pesmeți;
- bulion degresat;
- iaurt.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele efectuării	Argumentarea
În ziua operației se va hidrata peroral cu lingurița — ceai cu lămâie	Va bea câte puțin și mai frecvent
Peste 24 ore după operație se admite ceai, iaurt (chefir), pesmeți	Se va mânca în porții mici
A treia zi după operație se permite iaurt, supă de legume, bulion degresat, mere coapte	-//-
A patra zi treptat se revine la alimentația obișnuită	În porții mici, se exclud alimentele grase, picante, alimentația de 4—5 ori/zi
Alimentele să fie calde, proaspete, bine preparate	
În vărsături și anorexie este imposibilă reluarea hidratării și alimentației	La indicația medicului se va alimenta prin sondă sau prin perfuzie
Hidratarea va include per oral aproximativ 1 litru de lichid	Se va ține cont de diureză

STANDARD**ALIMENTAȚIA ARTIFICIALĂ A PACIENTULUI PRIN SONDA NAZO-GASTRICĂ**

Scopul: De a satisface nevoile de alimentație și hidratare la pacientul grav

Indicații: La pacienți cu tulburări de deglutiție
 La pacienți în stare gravă cu negativism alimentar
 În stricturi esofagiene, gastrice

MATERIALE NECESARE:

sonda gastrică subțire, sterilă, prosop, pensă hemostatică, pâlnie sau seringă de 30—50 ml, recipiente.

TEHNICA PROCEDURII

	Etapele	Argumentarea
1.	Pacientul conștient este anunțat despre necesitatea acestei metode de alimentație	Se respectă dreptul pacientului la informație
2.	I se explică esența procedurii	Ca să înțeleagă și să accepte
3.	Poziția pacientului în DD cu suportul de la cap puțin ridicat	
4.	Se pregătește necesarul și se așează lângă pacient	Se asigură comoditate și acces
5.	Se efectuează introducerea sondei subțiri prin nas în stomac sau prin cavitatea bucală	Vezi Standardul „Sondajul gastric“
6.	Se aspiră cu seringă atașată la capătul extern al sondei conținutul gastric	În caz de stază gastrică
7.	Se atașează pâlnia la capătul sondei	Să coincidă orificiile ca să fie comod
8.	Se ține pâlnia la nivelul stomacului pacientului (corpului)	
9.	Se toarnă alimentul pregătit în cantitate de 200—400 ml din cană sau alt recipient	Se încălzește la 36°—37°C, se va ridica puțin pâlnia
10.	În lipsa pâlniei lichidul alimentar se va introduce cu o seringă mai mare, de repetate ori.	
11.	Apoi se introduc prin pâlnie sau seringă 200—300 ml apă și o mică cantitate de aer	Pentru a goli sonda
12.	Se închide sonda cu o pensă hemostatică	Se evită scurgerea alimentelor în faringe și aspirarea lor
13.	Se va extrage sonda atent și se va dezinfecta, dacă e pe cale bucală	
14.	Sonda nazo — gastrică se lasă permanent pe 4—6 zile	Nu mai mult deoarece poate apărea escara mucoaselor
15.	Capătul sondei se leagă nod și se fixează lângă nas cu emplastru	Se fixează pe obraz
16.	Pacientul va fi alimentat de 4—6 ori în 24 ore în porții mici	
17.	După fiecare alimentație se face toaleta feței și a cavității bucale	Ca să fie uscată. Se evită macerația

STANDARD

REGULILE DE PĂSTRARE A ALIMENTELOR ÎN FRIGIDER

Scopul: De a preveni alterarea alimentelor pentru mame adusă de acasă.
Pentru a evita alterarea amestecurilor lactate pentru sugari.

Indicații: Respectarea ordinului MS nr. 288.
Respectarea regimului sanitar-epidemiologic în secție și în bucătărie.

MATERIALE NECESARE:

- Frigider
- Termometru
- Amestecurile lactate
- Alimentele pentru mame

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Secția pentru copii este asigurată cu 2 frigider 1.1 Un frigider se păstrează în bucătăria secției 1.2 Este destinat pentru a păstra unele amestecuri lactate pentru sugari. 1.3 Amestecurile se păstrează în sticlute gradate și acoperite cu tifon steril. 1.4 T° în frigider se menține de la + 2° până la + 6°C. 1.5 Termenul de valabilitate a păstrării a amestecurilor e până la 24 ore. 1.6 Pe sticlutele cu „Maliș“, „Maliutca“, se atașează o etichetă unde este indicată ora și data preparării. 1.7 Sticlutele cu Biolact au atașate etichete de la bucătăria de lapte unde la fel este indicată data și ora preparării. 1.8 În caz dacă nu au fost folosite toate sticlutele cu amestec, iar termenul de valabilitate a depășit 24 ore se aruncă conținutul din sticlută pentru a nu fi folosit. 2. Produsele alimentare pentru mame sunt păstrate în frigiderul din sufragerie. 2.1 Este înzestrat cu termometru 2.2 T° în frigider se menține +2°C până la +6°C. 2.3 Alimentele vor fi ambalate în pachete de polietilenă cu eticheta: 2.4 Termenul de păstrare a alimentelor în frigider este: — laptele fiert — 36 ore — brânza de vacă 36 ore — smântâna — 72 ore — crenvuște, cârnăciori - 48 ore — salam fiert — 72 ore — compot — 72 ore. 3. Asistenta medicală de gardă efectuează în fiecare dimineață controlul frigiderelor și dacă e depășit termenul produselor alimentare se întorc acasă sau se aruncă. 4. La unele produse alimentare termenul valabilității e indicat pe ambalaj. 5. Mamele vor fi informate de către asistenta medicală referitor la modul de păstrare în frigider a alimentelor și la respectarea termenului de valabilitate.	Pentru a preveni alterarea alimentelor Amestecuri dulci, amestecuri acre. Pentru a preveni infectarea Se verifică cu termometru pentru a asigura păstrarea corectă. Responsabilă este asistenta medicală de gardă Este valabil 24 ore Se va evita riscul de intoxicație. Este al 2-lea frigider Pentru a verifica t°. Pentru a păstra corect produsele Exemplu: Salonul 2 Ana Guțu 11.04.2009 Conform cerințelor Se va verifica atent Pentru a evita riscul toxiconfecțiilor alimentare

STANDARD

ALIMENTAȚIA PACIENTULUI GRAV ÎN PAT

Scopul: De a satisface nevoile de nutriție și hidratare

Indicații: Pentru pacient grav, slăbit la care este păstrat reflexul de deglutiție

MATERIALE NECESARE:

- măsuta portativă sau obișnuită
- scaun
- prosop
- lingură
- alimentele, lichidele necesare
- șervețele

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Se ajută pacientul ca să-și spele mâinile și să le șteargă	Combaterea infecției
2.	Pacientul este alimentat cu alimentele dorite, preferate	La alegere și variat cu respectarea regimului dietetic prescris
3.	Se respectă orarul alimentației cu aceleași intervale	La indicația medicului
4.	Se așează pacientul în poziție comodă, semișezândă sau în DL	Ca să-i fie comod
5.	Se așează în jurul gâtului un prosop	Se protejează lenjeria
6.	Se aduc alimentele aranjate estetic pe o tavă acoperită cu un șervețel	
7.	Alimentația activă — pacientul mănâncă singur în pat	
7.1	Se așează pe măsută la îndemână farfuria, lingura, furculița	Se asigură acces și comoditate
7.2	Se fărâmițează alimentele bucăți, se taie cele solide	Ca să ușureze masticția și deglutiția
7.3	Se servește suc, compot și alte lichide	Mai bine prin pai
7.4	Pacientul va fi ajutat să mănânce, să șteargă gura	După necesitate
7.5	Se strânge vesela, se înlătură atent prosopul	
7.6	Se servește necesarul ca pacientul să spele iar mâinile	Combaterea infecției
8.	Alimentația pasivă a pacientului grav de către persoana care-l îngrijește	Asistenta medicală sau rudă
8.1	Asistenta medicală se spală pe mâini	Combaterea infecției
8.2	Apoi îi spală mâinile pacientului	Combaterea infecției
8.3	Îl așează în poziția comodă- semișezând	
8.4	Sau poziția în DD cu capul ușor ridicat și aplecat înainte	Pentru a ușura deglutiția
8.5	Se așterne un prosop în jurul gâtului și altul pe lenjerie	Pentru protecție
8.6	Se așează comod măsuta lângă pacient	
8.7	Se servesc alimentele, se așează pe măsută mâncarea ca să fie văzută de pacient	Ca să vadă ce i se introduce în gură și ca să stimuleze apetitul
8.8	Asistenta medicală se așează pe un scaun aproape de pacient, în dreapta lui	Se asigură comoditate
8.9	Alimentele să fie călduțe	Se verifică temperatura
8.10	Se ia cu lingura alimentele în porții mici și se apropie de buza inferioară	Pacientul va fi încurajat pe tot parcursul alimentației
8.11	Pacientul va mânca	Lent fără grabă
8.12	Lichidele inclusiv supă și bulionul se pot servi în cană cu cioc sau prin pai	Favorizează deglutiția
8.13	Se șterge apoi la gură, se strânge vesela și prosoapele	
8.14	Se aerisește încăperea	

STANDARD**REGIMUL DIETIC AL PACIENȚILOR CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ**

Scopul: De a învăța pacientul să se alimenteze corect pentru a menține tratamentul
De a reduce sau a exclude cantitatea de proteine și sarea de bucătărie din alimente
De a mări cantitatea de glucide în alimentație

Indicații: IRC în perioada compensată și decompensată
Alimentele incluse în regimul dietetic hipoproteic și hiposodat sunt incluse în dietă 7g.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Dieta N7g este indicată în patologiile renale	
2.	Dieta N7g în stadiul pronunțat al IRC	Conform dietologiei după Pevzner
3.	Dieta N7g pentru pacientul cu hemodializă cronică	Conform dietologiei după Pevzner
4.	Regimul dietetic N7 după Pevzner. Este un regim normacoloric 2500—3000 calorii în 24 ore, normolipidic 70—90 gr. lipide în 24 ore, hipoproteic până la 20—30 gr. în 24 ore, carnea și brânza de vaci, laptele; hiperglucidic, 400—600 gr în 24 ore, hiposodat până la 1,5—2 gr. sare în 24 ore, mâncare nesărată, se recomandă alimentația de 5 ori în 24 ore. Se exclud alimentele ca: ridiche, mărar, pătrunjel, ceapă crudă, produse picante, sărate, brânză, mezeluri, conserve	Se va explica pacientului Se va nota ca să memoreze La fel să cunoască și familia recomandările acestei diete
5.	Lichidele se recomandă: — în perioada compensată 1200—1500 ml. — în perioada decompensată 700—800 ml. în 24 ore	În dependență de diureză
6.	Se recomandă carnea și peștele, care se fierbe apoi se prăjește sau se coace	Se evită fiertura de carne și de pește

CAPITOLUL V

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR

1. Selectarea prescripțiilor medicale	120
2. Administrarea medicamentelor per oral	121
3. Administrarea medicamentelor pe cale orală la copil	122
4. Administrarea–instilarea medicamentelor în ochi la copil	123
5. Administrarea medicamentelor în ureche la copil	124
6. Administrarea/instilarea medicamentelor în cavitatea nazală	125
7. Aplicarea medicamentelor pe suprafața pielii.	126
8. Administrarea medicamentelor prin inhalatie	127
9. Administrarea medicamentelor pe cale orală și sublinguală.	128
10. Montarea seringii sterile	129
11. Încărcarea seringii cu medicamente din fiolă și flacon	130
12. Tehnica probei / injecției intradermice	132
13. Tehnica probelor alergice cutanate	133
14. Tehnica injecției subcutanate la matur	134
15. Tehnica injecției subcutanate la copil	135
16. Tehnica injecției intramusculare (i/m) la matur	136
17. Tehnica injecției i/m la copii	137
18. Tehnica puncției venoase la matur	138
19. Tehnica puncției venoase la copil	139
20. Tehnica puncției venoase la sugar	141
21. Tehnica injecției i/v la copil	142
22. Montarea sistemului pentru perfuzia intravenoasă	143
23. Tehnica perfuziei i/v la matur	144
24. Tehnica perfuziei i/v la copil	145
25. Perfuzia i/v prin aparatul „Lineomat“	146
26. Specificul administrării preparatelor hormonale	147
27. Administrarea diureticilor	148
28. Dozarea și administrarea heparinei	149
29. Dozarea și administrarea insulinei	150
30. Instilarea soluțiilor medicamentoase în vezica urinară	151
31. Tehnica punctării fistulei de hemodializă	152
32. Completarea condicii de farmacie	153

STANDARD

SELECTAREA PRESCRIPTIILOR MEDICALE

Scopul: De a realiza corect tratamentul medical și investigațiile prescrise de medic.

Indicații: În fiecare zi după vizita medicală a pacienților;
La fiecare schimbare indicată în tratament.

MATERIALE NECESARE:

1. Fișele de prescripție medicală;
2. Registrul de evidență a tratamentului parenteral;
3. Registrul de evidență a investigațiilor, recoltărilor pentru laborator.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală însoțește medicul la vizita pacienților în saloane.	
2.	Medicul notează în fișa de prescripție medicală în fiecare zi tratamentul medical și investigațiile.	La fiecare pacient
3.	Asistenta medicală selectează din aceste fișe următoarele:	
3.1	În registrul special notează numărul salonului, numele, prenumele pacientului, denumirea, doza și calea de administrare a medicamentului.	Fiecare registru să fie notat și numerotate paginile.
3.2	În alt registru asistenta medicală va selecta și va nota numele și prenumele pacientului și denumirea investigației.	
3.3	Aparte se notează datele pentru examenul radiologic.	Numele, prenumele, secția
3.4	Aparte se selectează datele pentru ECG.	În registru se va nota data, scopul investigației.
3.5	În registru aparte se selectează datele pentru USG.	
3.6	În alt registru se notează datele pentru recoltarea sângelui.	Pentru laboratorul clinic
3.7	În alt registru se selectează datele pentru recoltarea sângelui la proba biochimică.	
3.8	În alt registru se notează datele pentru recoltarea urinei, materiilor fecale, materialului pentru frotiu.	Pentru asistenta medicală de gardă noaptea
3.9	În alt registru se selectează datele despre alimentația dietetică.	
3.10	În alt registru se selectează datele despre consultațiile altor specialiști.	Pentru diverse investigații, asistenta medicală va face comanda la timp în secțiile respective.
4.	Asistenta medicală va fi atentă când medicul va anula un medicament din tratament și-l va anula și ea.	
5.	În caz dacă medicul adaugă un tratament nou asistenta medicală va selecta la timp pentru ca să administreze acest tratament.	
6.	Toate registrele cu datele selectate se transmit de la o asistentă medicală la alta la schimbarea serviciului de gardă.	

STANDARD

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PER ORAL

Scopul: De a repartiza și a administra corect și la timp tratamentul prescris.

Indicații: Conform indicațiilor medicului din fișa de prescripție medicală.

MATERIALE NECESARE:

- Pachețele individuale sau păhăruțe de unică folosință de plastic;
- Tavă pentru medicamente;
- Etichete pe păhăruțe și pachețele;
- Medicamentele prescrise;
- Foile de prescripție medicală;
- Foarfece;
- Apă fiartă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală de gardă va repartiza medicamente dimineața, la amiază și seara.	La indicația medicului
2.	Repartizarea medicamentelor se efectuează o singură dată pentru 24 ore.	Pentru comoditate
3.	Se spală mâinile.	Combaterea infecției
4.	Se pregătește masa de lucru — suprafața se acoperă cu un scutec curat.	Reducerea riscului de infectare
5.	Se pregătește un foarfece și medicamentele de uz intern.	
6.	Asistenta medicală verifică fiecare foaie de prescripție medicală. Numele pacientului să fie notat pe etichetă.	Eticheta se anexează pe păhăruț și pe pachețel.
7.	Se selectează denumirea medicamentului, doza și orarul administrării.	Pentru a nu greși sau confunda
8.	Asistenta medicală repartizează medicamente pentru 24 ore, conform prescripției.	Se asigură comoditatea
9.	Repartizarea medicamentelor se face conform orarului.	Dimineața, la amiază, seara.
10.	Medicamentele lichide: soluții, infuzii, tincturi se repartizează la patul bolnavului în păhăruțe sau în lingură.	Pentru a fi diluate cu apă, ceai, lapte; să nu fie reci.
11.	Ambalajele goale ale medicamentelor se aruncă la deșeuri.	
12.	Dacă o pastilă din întâmplare a fost scăpată jos, ea se aruncă.	Combaterea infecției
13.	Asistenta medicală va reorganiza locul de lucru la sfârșitul procedurii.	
14.	Va transporta medicamentele în salon pe tavă la patul bolnavului.	
15.	Asistenta medicală va asista în timpul când pacientul va administra medicamentele.	Pacientul grav este ajutat de asistenta medicală
16.	Dacă pacientul refuză să administreze, asistenta medicală îl va convinge.	Ca să respecte medicația
17.	Dacă după administrarea medicamentelor la pacient a apărut voma, se va anunța medicul.	Pentru a preciza cauza
18.	Se repetă administrarea medicamentelor conform orarului.	De 1—2—3—4 ori în 24 ore
19.	Asistenta medicală va supraveghea efectul medicației.	

STANDARD**ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ORALĂ LA COPIL.**

Scopul: De a repartiza și a administra corect și la timp medicamentele prescrise.

Indicații: Conform prescripțiilor medicului din fișa de prescripție medicală.

MATERIALE NECESARE:

- lădița cu medicamentele repartizate în sticlute
- șervețel sau prosop individual
- linguriță individuală
- ceai sau apă fiartă, lapte

TEHNICA EFECTUĂRII:

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală va administra peroral copilului medicamentele necesare înainte sau după mâncare. Înainte de a administra pastile. Asistenta medicală spală mâinile	După indicația medicului
2. Înainte de a fi administrate pastilele, drajeurile se fărâmițează într-o lingură folosind încă o lingură.	
3. Apoi se dizolvă în sticlută cu ceai sau apă fiartă, laptele mamei sau produs lactat suplimentat.	
4. Asistenta medicală va fărâmița bine, va dizolva bine și va administra din sticlute direct în gurița copilului atent, astupând năsul.	Se dă copilului să înghită în porții mici.
5. Pentru a proteja lenjeria sub bărbie se așterne șervețel sau prosop.	Nu se dau reci din frigider. Pentru a evita suprarăcirea
6. Mixturile, siropul infuziile la fel se toarnă în sticlută sterilă de ampicilină și să fie de t° camerei.	
7. Dacă copilului este prescris un medicament în formă de pulbere se deschide gurița cu mâna stângă se aplică pulberile pe limbă și se dă cu lingurița ceai dulce sau lapte.	
8. În caz dacă după administrarea unui medicament copilul a vomitat se anunță medicul, se supraveghează copilul 30 min.	În porții mici pentru a evita pătrunderea în căile respiratorii.
9. Se repetă administrarea la indicația medicului.	
10. Se supraveghează efectul medicației.	Pentru a evita reacții alergice

Scopul: De a instila pe mucoasa /conjunctiva oculară diverse soluții medicamentoase.

Indicații: Inflamație/infecție
Reacția alergică
Numai la indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

- pipetă sterilă — soluție medicamentoasă prescrisă
- flaconul cu picurător — tăviță sterilă
- comprese/tampoane sterile de vată — tăviță renală pentru resturi

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentele
1. Asistenta medicală se informează din foaia de indicații	Pentru a acorda corect tratamentul prescris
1.1 Precizează numele și prenumele pacientului	Se evită pericolul de a confunda și a dăuna
1.2 Denumirea și doza sol. medicamentoase.	
2. Se asigură din farmacie cu medicamentul prescris	
3. Verifică doza, denumirea și termenul valabilității pe flacon.	
4. Pregătește toate materialele necesare și le așează lângă pacient	Se va asigura comoditatea
5. Se informează mama copilului despre necesitatea procedurii	Se respectă dreptul pacientului la informare
6. Mama este instruită cum să țină copilul	Pentru a evita administrarea incorectă
7. Se redă poziția comodă în DD cu capul fixat	Se ușurează accesul
8. Asistenta medicală spală mâinile și le dezinfectează	Se asigură combaterea infecției
9. Dacă sunt eliminări/secreții oculare asistenta medicală le va îndepărta cu compresă sterilă	Aparte pentru fiecare ochi
10. Compresa folosită se aruncă în tăvița pentru resturi	Pentru a evita răspândirea infecției
11. Se aspiră în pipetă sol. medicamentoasă	Să fie de t°-ra camerei
12. Dacă flaconul are picurător nu folosim pipeta.	
13. Cu degetul arătător de la mâna stângă asistenta medicală trage în jos pleoapa inferioară.	Se asigură lărgirea cavității oculare
14. Se instilează în unghiul intern al ochiului 1—2 picături de soluție.	Pentru a înlătura excesul de soluție.
15. Se procedează la fel și la celălalt ochi	
16. Se șterge cu o compresă — tampon steril ochiul de la unghiul extern spre cel intern	Se vor înlătura resturile de medicamente
17. Se reorganizează locul de lucru	Dezinfectarea conform standardului
17.1 Se spală pipeta apoi se dezinfectează	
17.2 Se aruncă la resturi compresele / tampoanele folosite.	
17.3 Asistenta medicală spală mâinile	
18. Asistenta medicală urmărește efectul și reacția copilului după instilația în ochi	Se vor evita complicațiile.

Scopul: De a instila corect medicamentele în ureche cu scop terapeutic.

Indicații: La indicația medicului
În inflamație
În durere acută

MATERIALE NECESARE:

- pipetă sterilă
- comprese,ampoane sterile
- tăviță sterilă
- soluția medicamentoasă prescrisă
- tăviță renală pentru resturi
- termometru pentru apă

TEHNICA EFECTUĂRII:

Etapele	Argumentele
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale	Pentru a preciza numele pacientului; procedura și medicamentele indicate.
2. Se anunță mama copilului despre necesitatea administrării medicamentelor	Se respectă dreptul la informare.
3. Asistenta medicală pregătește materialele necesare și le transportă lângă pacient.	Se asigură comoditate.
4. Soluția medicamentoasă prescrisă se va încălzi la baie de apă la $t^{\circ} 30^{\circ}—37^{\circ}\text{C}$.	Să fie de t° corpului pentru a evita iritarea urechii.
5. Se verifică t° apei cu termometru p/apă.	
6. Asistenta medicală spăla bine mâinile.	
7. Poziția copilului: în DD	Se asigură comoditate
8. Se dezgolește cășorul	Se asigură acces.
9. Mama sau altă asistenta medicală ajută la fixarea copilului.	
10. Se aspiră soluția medicamentoasă indicată în pipetă.	
11. Capul copilului se întoarce în partea stângă și se va instila în ureche dreaptă.	
12. Cu mâna stângă se trage de lobul urechii în jos și la spate (în urmă).	Pentru a lărgi canalul auditiv extern.
13. Se picură 2—3 picături mici în canalul auditiv.	
14. Se lasă în așa poziție câteva minute.	
15. Se aplică în orificiul extern al canalului auditiv un tampon de vată sterilă.	
16. Se întoarce capul pe partea dreaptă și asistenta medicală va instila în urechea stângă tot așa.	Vezi p. 12, 13, 14, 15.
17. Se reorganizează locul de lucru.	

STANDARD**ADMINISTRAREA/INSTILAREA MEDICAMENTELOR ÎN CAVITATEA NAZALĂ**

Scopul: De a instila corect pe mucoasa nazală diverse soluții medicamentoase

Indicații: În scop terapeutic la indicația medicului
 În inflamație
 În alergie

MATERIALE NECESARE:

- pipetă sterilă sau flacon cu picurător
- comprese, tampoane sterile
- tăviță renală pentru resturi
- soluție medicamentoasă

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală se informează cu indicația prescrisă de medic	Pentru a acorda corect tratamentul prescris
2.	Se asigură cu medicamentul prescris din farmacie	
3.	Se verifică pe flacon denumirea medicamentului, doza și termenul valabilității	Se evită pericolul de a confunda și a dăuna
4.	Asistenta medicală pregătește materialele necesare și le așează lângă pacient	Se va asigura comoditate
5.	Se informează pacientul despre necesitatea procedurii	Se respectă dreptul la informare, ca să înțeleagă și să accepte
6.	Asistenta medicală spală mâinile și le dezinfectează	Combaterea infecției
7.	Se curăță de secreții pe rând meaturile nazale cu fitile de vată sterilă	Pentru o absorbție mai bună a medicamentului
8.	Fitulul folosit se aruncă la resturi	Se asigură combaterea infecției
9.	Se aspiră în pipetă soluția medicamentoasă	Să fie de t ° camerei
10.	Dacă flaconul cu medicamente are montat picurător nu folosim pipeta	
11.	Se apleacă capul pacientului la spate	
12.	Cu un deget se ridică vârful nasului	Pentru a lărgi meaturile nazale
13.	Se aplică în nara stângă 2—3 picături, capul puțin se întoarce la dreaptă	
14.	Se comprimă meatul nazal de septul nazal	Ca medicamentul să se absoarbă
15.	Se întoarce capul puțin la stânga și se instilează la fel în nara dreaptă	Vezi p-le 11, 12, 13, 14
16.	Se reorganizează locul de lucru 16.1 Se aruncă la resturi tampoanele folosite 16.2 Se spală și se dezinfectează pipeta 16.3 Asistenta medicală spală miinile	Combaterea infecției
17.	Asistenta medicală va urmări efectul medicamentului	

STANDARD

APLICAREA MEDICAMENTELOR PE SUPRAFAȚA PIELEI

Scopul: De a aplica medicamentul prescris pentru a se absorbi prin piele cu scop de tratament.

Indicații: Aplicarea pansamentului cu unguent pe locul infiltratului după injecție.
Aplicarea unguentului în scabie.
La indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

- Tampoane de tifon sterile
- Unguentele prescrise (Vișnevschi)
- Baghetă de lemn de unică folosință
- Hârtie cerată
- Emplastru
- Șervețele de tifon steril
- Mănuși sterile
- Pensă sterilă
- Tăviță pentru resturi

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală precizează din foaia de prescripții medicale numele pacientului și scopul procedurii.	Prin selectarea indicațiilor
2. Se anunță mama despre necesitatea procedurii.	Ca să accepte și să colaboreze
3. Asistenta medicală pregătește materialele necesare și le transportă lângă bolnav.	Se asigură comoditatea
4. Se spală mâinile, se dezinfectează, se îmbracă mănușile sterile.	Protecția de infecție
5. Cu pensa sterilă se ia un tampon de tifon.	Combaterea infecției.
6. Se aplică pe tampon cu o baghetă unguentul prescris (Vișnevschi).	
7. Se aplică pe locul indicat în regiunea fesieră.	
8. De asupra se aplică hârtie cerată, apoi se aplică un strat subțire de vată sau câteva șervețele de tifon steril.	Pentru a evita absorbția medicamentului pe celelalte straturi
9. Se acoperă cu o fașă de tifon care se fixează cu emplastru de jur împrejur.	
10. Pentru siguranță acest pansament se va fixa cu un scutec.	
11. Se aplică pansamentul cu unguent pe 10—12 ore.	Pentru a avea un efect terapeutic antiinflamator.
12. În caz de scabie se izolează împreună cu mama.	Pentru a nu răspândi infecția
13. Unguentul prescris pentru tratament se aplică pe toată suprafața pielii prin badijonare și frecționare, se repetă 3 zile la rând, apoi se face baia generală.	Asistenta medicală va lucra în mănuși
14. Concomitent același tratament se aplică și mamei.	Pentru protecție

STANDARD

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PRIN INHALAȚIE

Scopul: De a ameliora respirația
De a înlătura bronhospasmul

Indicații: Dispnee
Criză de sufocare în astm bronșic
Obstrucția căilor respiratorii cu secreții

MATERIALE NECESARE:
— Inhalator individual portativ
— Medicamentul prescris de medic
— Tampon de vată, alcool 70°.

TEHNICA ÎNGRIJIRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pacientul se asigură cu inhalator și medicamentele prescrise.	De la farmacie la indicația medicului
2.	Asistenta medicală va învăța pacientul sau membrii familiei cum să folosească inhalatorul	Educația pacientului
2.1	Se scoate capacul de pe inhalator	
2.2	Se fac câteva mișcări de agitație	Ca soluția să se amestece uniform
2.3	Se îmbibă un tampon de vată cu alcool	70°
2.4	Se prelucreează marginea suprafeței inhalatorului, care va fi introdus în gură, cu acest tampon	Combaterea infecției prin dezinfectare
2.5	Se introduce în cavitatea bucală marginea cu orificiu al inhalatorului.	
2.6	Se explică, ca pacientul să facă o inspirație mai profundă	Ca aerosol să pătrundă mai adânc în căile respiratorii.
2.7	În acest moment se apasă o singură dată pe capacul de la inhalator	Ca medicamentul aerosol, sub presiune, să pătrundă în căile respiratorii.
2.8	Aceasta este prima doză necesară pentru tratament	
2.9	În cazuri mai grave se repetă încă o apăsare.	Adică încă o doză
2.10	Se dezinfectează din nou suprafața inhalatorului, care a fost în gură.	Combaterea infecției
3.	Se supraveghează efectul acestei medicații.	Pacientul respiră mai ușor.
4.	Se repetă inhalația în caz dacă se repetă criza de sufocare	

STANDARD**ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ORALĂ ȘI SUBLINGUALĂ**

Scopul: De a administra corect și la timp medicamentele prescrise

Indicații: La indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

- Medicamentele prescrise
- Prosop individual
- Ceai, lapte, suc, apă.

TEHNICA ÎNGRIJIRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală verifică dacă sau procurat de la farmacie medicamentele indicate de medic.	Se va respecta medicația.
2.	Se verifică pe ambalaj denumirea, doza, și termenul de valabilitate.	Se vor evita complicațiile
3.	Se explică oral și se notează în scris pentru pacient și familie care medicament să primească, de câte ori și cum.	Pentru a respecta orarul prescris.
4.	Se explică pacientului necesitatea administrării medicamentului și importanța respectării orarului.	Ca să înțeleagă și să accepte tratamentul.
5.	Pacientul va administra singur medicamentele pe cale orală și sublinguală.	Dacă este capabil
6.	În cazuri grave îl va ajuta asistenta medicală sau rudele	
6.1	Se spală bine mâinile	Combaterea infecției
6.2	Tabletele, drajeurile, capsule — se așează pe limba pacientului.	
6.3	Se susține și se ridică cu o mână capul	
6.4	Se servește lichidul pregătit pentru a înghiți medicamentul.	Ceai rece, suc, lapte, apă.
6.5	Se supraveghează dacă pacientul a înghițit medicamentul.	Se observă deglutiția
6.6	Medicamentele lichide — tincturile, infuziile, emulsiile, siropurile — se măsoară doza indicată.	Cu lingura, paharul gradat sau cu pipeta.
6.6.1	Se vor dilua cu ceai, apă, suc	Temperatura medicamentelor lichide să fie de temperatura camerei.
6.6.2	Se supraveghează ca pacientul să înghită medicamentele	
6.7	Pulberea se dozează, se roagă pacientul să decidă gura, se pune pe limbă și se servește lichidul.	
6.8	Unele pulbere se dizolvă într-o lingură de lichid apoi se administrează.	La indicația medicului
6.9	Granulele se dozează cu lingurița, se dizolvă într-un pahar cu lichid și se administrează.	
7.	Sublingual se administrează medicamentele coronaro-dilatatoare și hipotensive.	La indicația medicului.
7.1	Se dozează conform indicațiilor.	
7.2	Poziția pacientului culcată.	Pot să apară vertij
7.3	Se roagă să deschidă gura.	
7.4	Se așează pastila sub limbă.	
7.5	Se așteaptă durata absorbției preparatului	
8.	Supravegherea efectului preparatului prescris	
9.	În caz de reacții adverse se acordă asistența de urgență	Se anunță medicul.

STANDARD

MONTAREA SERINGII STERILE

Scopul: De a pregăti seringă sterilă pentru a aspira soluțiile medicamentoase din fiolă și flacon.

Indicații: Pentru a efectua injecțiile i/d, s/c, i/m, i/v.
 Pregătirea pentru diverse puncții;
 Pentru recoltarea sângelui din venă;
 Pentru spălarea — lavajul cavităților, plăgilor.

MATERIALE NECESARE:

- Tavă sterilă;
- Scutec steril;
- Ace și seringi sterile;
- Pensă sterilă;
- Mănuși sterile;
- Tăviță pentru resturi;
- Mască

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală spală și dezinfectează mâinile.	Combaterea infecției.
2.	Îmbracă mănușile sterile.	Vezi Standardul.
3.	Toate materialele necesare se vor aranja din timp la îndemână.	Se acoperă tăvița sterilă conform standardului.
4.	Seringile și acele se pregătesc în dependență de indicații.	Fiecare injecție se face cu seringă și ac diferit.
5.	Se mai pregătesc ace pentru a aspira medicamentele.	Injecția se va administra cu alt ac.
6.	Se verifică pe ambalajul seringii volumul seringii și termenul de valabilitate.	Seringa cu termen expirat nu se folosește.
7.	Se instalează ambalajul cu seringă în mâna stângă în așa mod ca spre lateral să se afle partea seringii unde este fixat mânerul de la piston.	Pentru comoditate.
8.	Cu mâna dreaptă se rupe atent marginea ambalajului.	În partea unde este mânerul.
9.	Atent se scoate seringă din ambalaj.	Se apucă numai de mâner.
10.	Se introduce amboul seringii în amboul acului fără a scoate acul din ambalaj.	Acul se află într-o teacă de protecție
11.	Seringa montată rămâne în ambalaj până se va pregăti fiola sau flaconul pentru a încărca seringă.	Se menține sterilitatea.

STANDARD

ÎNCĂRCAREA SERINGII CU MEDICAMENTE DIN FIOLĂ ȘI FLACON

Scopul: De a pregăti seringa pentru injecție.

Indicații: Administrarea medicamentelor la indicația medicului.

MATERIALE NECESARE:

- Seringa sterilă montată;
- Ace sterile;
- Tampoane sterile de vată;
- Alcool 70°;
- Pilă;
- Mănuși sterile;
- Tavă sterilă;
- Tăviță pentru resturi;
- Mască.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale.	Se precizează numele pacientului și medicamentul.
2.	Asistenta medicală pregătește necesarul pentru injecția respectivă.	Se asigură comoditatea.
3.	Spălarea mâinilor, dezinfectarea lor și îmbrăcarea mănușilor.	Combaterea infecției.
4.	Se va monta seringă respectivă.	Conform indicațiilor
5.	Pregătirea fiolei.	
5.1	Se verifică denumirea și doza soluției de pe fiolă.	Pentru a respecta indicațiile.
5.2	Se verifică termenul de valabilitate a medicamentelor, pe ambalaj și pe fiolă.	Să nu fie expirat
5.3	Prin lovire sau scuturare se eliberează soluția din gâtul fiolei.	Ca soluția să fie toată în fiolă.
5.4	Cu un tampon de vată îmbibat cu alcool se va dezinfecta partea îngustă a fiolei.	Tamponul folosit se va supune dezinfecției.
5.5	Cu pila sterilă în mâna dreaptă ținând fiola în mâna stângă se fac câteva incizii scurte pe porțiunea îngustă a fiolei.	La gâtul fiolei.
5.6	Pila folosită se aruncă.	Dacă este de unică folosință
5.7	Pila cu folosință de durată se supune dezinfectării și sterilizării.	Pentru combaterea infecției.
5.8	Cu un tampon de vată îmbibat cu alcool 70° se rupe gâtul fiolei.	Tamponul de vată cu gâtul fiolei se aruncă în tăviță pentru resturi.
6.	Se scoate cu mâna dreaptă seringă montată din ambalajul ei sau de pe tăviță sterilă.	
7.	În mâna stângă se fixează fiola.	
8.	Se introduce acul seringii în fiolă și se aspiră medicamentul în felul următor: a) Fiola se ține între degetul arătător și mijlociu a mâinii stângi mai aproape de mijlocul ei, întoarsă invers; b) Degetul mare și inelar al mâinii stângi fixează seringă introdusă în fiolă; c) Cu mâna dreaptă se fixează mânerul de la piston și se încarcă seringă prin aspirare; d) Asistenta medicală va fi atentă ca acul să se afle permanent în soluție; e) Se aruncă fiola goală la resturi; f) Se schimbă acul cu cel pentru injecția respectivă; g) Se fixează acul de amboul seringii în așa mod ca bizoul acului să se afle în drept cu gradațiile de pe cilindrul seringii; h) Se evacuează aerul din seringă apăsând cu mâna stângă pistonul, iar cu dreapta fixând bine seringă de amboul acului.	Pentru a mișca liber fiola în timpul aspirării; Pentru a elibera mâna dreaptă; Să nu se aspire aer; În tăviță pregătită; Acul cu care s-a aspirat se pune la dezinfecție; Conform cerințelor Până apare prima picătură de soluție în bizoul acului.

9.	Se va instala seringă încărcată pe tava sterilă sub stratul 2 al scutecului steril.	Pentru a menține sterilitatea în timpul transportării în salon.
10.	Dacă pacientul este deja invitat în sala de tratamente, se administrează injecția imediat.	Fără a fixa seringă pe tăvița sterilă.
11.	Încărcarea seringii cu soluția medicamentoasă din flacon.	Este ambalat ermetic cu dop de cauciuc și metal
11.1	Asistenta medicală verifică denumirea medicamentului de pe flacon, doza, termenul valabilității.	Pentru a evita orice pericol.
11.2	Cu un tampon steril de vată îmbibată cu alcool se dezinfectează suprafața capacului de metal.	Tamponul se aruncă în tăviță pentru resturi.
11.3	Cu pensa sterilă specială pentru flacoane se scoate mijlocul capacului de metal.	Se aruncă la resturi. Pensa se păstrează în sol. dezinfectantă în vas aparte.
11.4	Cu alt tampon de vată la fel se dezinfectează suprafața de cauciuc a capacului de pe flacon.	Combaterea infecției.
11.5	Tamponul folosit se aruncă în tăviță pentru resturi.	-//-
11.6	Se introduce acul special pentru aspirare cu seringă montată în flacon.	
11.7	Se ține flaconul în mâna stângă la fel ca și fiola.	
11.8	Cu mâna dreaptă se aspiră soluția medicamentoasă.	Vezi pct. 7, 8, 9.
11.9	Dacă medicamentul în flacon este sub formă de pulbere mai întâi se va dizolva.	
11.10	În seringă montată se aspiră cantitatea necesară de dizolvant.	Din fiolă sau din flacon.
11.11	Se introduce cu alt ac dizolvantul din seringă în flaconul respectiv.	Atent fără presiune.
11.12	Se dezunește seringă, se agită soluția cu acul rămas în flacon.	
11.13	Apoi tot prin acest ac se aspiră doza respectivă în seringă.	Vezi pct. 8 a-e
11.14	Flaconul gol se aruncă la resturi.	
11.15	Acul de la flacon se supune dezinfectării.	Combaterea infecției.
12.	Se fixează acul pentru injecția respectivă.	Vezi pct.8.g.-h..
13.	Seringă încărcată se va instala pe tava sterilă sub stratul 2 al scutecului.	Pentru a menține sterilitatea.
14.	După administrarea injecției se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD

TEHNICA PROBEI / INECȚIEI INTRADERMICE

Scopul: De a determina sensibilitatea organismului față de diferite substanțe

Indicații: La indicația medicului proba i/d: pentru a determina:

- sensibilitatea la novocaină
- sensibilitatea la penicilină
- cu scop de anestezie locală
- pentru proba Mantu
- pentru probele alergice

Locul probei i/d: Treimea medie a antebrațului partea anterioară

MATERIALE NECESARE:

- seringă sterilă de unică folosință de 1 ml.
- cu acul anexat
- tampoane de vată sterile
- alcool 70°
- ace pentru aspirarea med-lui
- sol. medicamentoasă respectivă
- pentru proba Mantu — seringă specială de tuberculină
- pilă sterilă
- tava pentru resturi
- mănuși sterile, mască

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se pregătesc toate materialele necesare conform indicațiilor	Se asigură acces și comoditate
2.	Se explică pacientului necesitatea probei respective	Se respectă dreptul la informare
3.	Poziția pacientului culcată, șezând sau în picioare	În dependența de starea pacientului, de vârstă
4.	Se dezgolește antebrațul	Se asigură acces
5.	Asistenta medicală se pregătește către inecție	Conform cerințelor
6.	Se montează seringă sterilă	Vezi Standardul
7.	Se încarcă seringă cu soluția medicamentoasă și se schimbă acul	Vezi Standardul
8.	Locul inj. se dezinfectează cu un tampon ȳmbibat cu alcool	Combaterea infecției
9.	Tamponul se aruncă la resturi	Pentru dezinfectare
10.	Cu mâna stângă asistenta medicală ȳntinde bine pielea ȳn locul inecției, fixând-o prin partea posterioară a antebrațului	Se va asigura administrarea ȳn dermă
11.	Se ține corect seringă ȳn mâna dreaptă și se introduce ȳn grosimea pielii numai bizoul acului	Seringă și acul se țin paralel cu pielea
12.	Gradația de pe cilindrul seringii să se afle ȳn față	Se asigură dozarea corectă
13.	Lent se inectează apăsând pistonul seringii cu mâna stângă	
14.	Se administrează 0,2 ml Novocaină	Pentru proba de sensibil. la novocaină
15.	ȳn locul inecțării soluției se formează o papulă albă cu aspectul cojii de portocală	ȳndică administrarea corectă, i/dermal.
16.	Se retrage brusc acul	
17.	Nu se tamponează locul inecției	Pentru a nu infecta
18.	Se explică pacientului să aștepte 20—30 min. după care se va citi proba de către medic	Dacă proba e pozitivă, nu se va administra Novocaină
19.	Se demontează seringă și acul	Pentru a fi dezinfectate
21.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
22.	Se notează rezultatele probei	ȳn fișa de ambulator sau fișa medicală a pacientului

STANDARD

TEHNICA PROBELOR ALERGICE CUTANATE

Scopul: Cu scop de diagnostic pentru a preciza alergenul la care este sensibil organismul

Indicații: La indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

- tampon sterile de vată
- alcool 70 grade
- Tăviță pentru resturi
- Flacoane cu alergeni
- Panglică milimetrică
- Scarificator steril de unică folosință
- Pipete sau seringi de 1 ml, sterile
- Mănuși sterile
- Scaun pentru pacient
- Mască

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale	Pentru a preciza numele pacientului și alergeni, necesar pentru probe
2.	Se va asigura cu materialele necesare	
3.	Se anunță pacientul despre necesitatea și esența probelor alergice	Se respectă dreptul la informare. Ca să accepte și să coopereze
4.	Se pregătesc materialele necesare în sala de tratamente	Se asigură acces și comoditate
5.	Se invită pacientul în sala de tratamente	Se reduce riscul infecției
6.	Poziția șezând pe scaun	Pentru comoditate
7.	Asistenta medicală spală mâinile, le dezinfectează și îmbracă mănuși sterile	Combaterea infecției
8.	Se dezgolește antebrațul pacientului	
9.	Se fixează mâna pe masa de lucru cu partea anterioară a antebrațului în față	Se asigură acces
10.	Asistenta medicală dezinfectează pielea, toată suprafața anterioară a antebrațului: — se umezește un tampon steril de vată cu alcool — se badijonează pielea cu mișcări de sus în jos (de la plica cotului spre palmă) — se aruncă tamponul folosit la resturi — se așteaptă să se evapore alcoolul de pe suprafața pielii	Combaterea infecției
11.	Se ia scarificatorul steril din ambalaj în mână dreaptă	
12.	Cu mână stângă se fixează pielea antebrațului	Pentru întinderea pielii
13.	Se fac scarificări ale pielii, superficiale cu lungimea de 3 mm, la interval de 3 cm una de alta	Ca să nu apară sânge se evită locurile unde sunt capilare la suprafață
14.	Scarificările se fac de sus în jos, adică de la cot spre degete	
15.	Numărul scarificărilor e diferit, aproximativ de la 20 până la 50	Depinde de indicația medicului
16.	Ca să încapă mai multe scarificări pentru probele alergice se împarte imagină partea anterioară a antebrațului în două jumătăți	
17.	Atunci se vor face scarificări pe o parte și pe alta, a părții anterioare a antebrațului	
18.	Apoi cu pipeta sau cu seringă de 1 ml se aplică câte o picătură de soluție de fiecare alergen pe fiecare scarificare a pielii	Sunt atâtea seringi câte feluri de alergeni sunt 20—50
19.	Se notează ordinea scarificărilor și a denumirii alergenilor	
20.	Peste 20 minute, asistenta medicală va citi rezultatele probelor— întâi se va măsura rezultatul probei de control — e ultima scarificare de jos— se măsoară diametrul hiperemiei și a papulei în mm la fiecare scarificare	Se va folosi de panglica milimetrică După diametrul ei se vor face concluziile
21.	Se va citi la fel rezultatele probelor alergice și de către medic	
22.	Se notează rezultatele obținute ale probelor pe foaie aparte	Exemplu: Praf de casă 7×7 mm Puf 7×8 mm
23.	Se anexează rezultatele în fișa medicală	
24.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD

TEHNICA INECȚIEI SUBCUTANATE LA MATUR

Scopul: Administrarea subcutanată a soluțiilor uleioase, a tonicardiacelor, a insulinei și heparinei.

Indicații: Se administrează soluțiile sus-menționate în cazurile prescrise de medic.

Locul: Treimea medie externă a brațului, sub omoplat, în plica ombilicală, partea anterioară a coapselor.

MATERIALE NECESARE:

Seringa de 1—2 ml. Ace din setul seringii. Ace pentru aspirare, fiole sau flacoane cu medicamente; tampoane de vată; alcool; tavă sterilă; scutec steril; pensă; pilă; mănuși sterile; tăviță pentru resturi, mască

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Materialele necesare sunt pregătite de asistenta medicală, cele sterile pe tăviță sterilă.	Pentru a crea condiții corecte de lucru
2.	Pregătirea psihică a pacientului.	Să fie calm.
2.1	Se explică necesitatea inecției.	Se respectă dreptul pacientului la informare
2.2	Ca pacientul să accepte.	Să înțeleagă necesitatea
2.3	Poziția culcată în D.D. sau D.L.sau șezândă	După starea pacientului
2.4	Să fie dezgolit antebrațul și brațul	Se asigură comoditatea și accesul
3.	Pregătirea asistentei medicale	
3.1	Spălarea și dezinfectarea mâinilor, îmbrăcarea mănușilor.	Combaterea infecției
3.2	Să fie în halat special pentru inecții și mască.	Protecție de infecție
4.	Tehnica inecției	
4.1	Asistenta medicală montează seringă sterilă.	Vezi Standardul
4.2	Încarcă seringă cu medicamentul indicat.	Se respectă dozarea și sterilitatea. Vezi Standardul.
4.3	Instalează seringă sub stratul 2 al scutecului.	Pentru a menține sterilitatea
4.4	Îmbibă 2—3 tampoane cu alcool 70°.	Pentru dezinfectare
4.5	Cu mâna stângă cu degetele orientate în jos formează o cută în regiunea 1/3 medie a brațului, partea externă.	Plica să fie formată din piele și stratul subcutanat.
4.6	Dezinfectează pielea cu mișcare de sus în jos.	Tamponul se aruncă în tăviță de resturi
4.7	Dacă este nevoie se repetă dezinfectarea.	Când pielea este murdară
4.8	Se ia seringă în mâna dreaptă, ca degetul arătător să fie fixat pe amboul acului.	Se asigură comoditatea.
4.9	Se străpunge brusc pielea și stratul celulo-adipos ca acul să fie introdus până la 1/3 din lungime depinde de grosimea stratului subcutanat.	Ca să ajungă medicamentul în stratul celulo-adipos — 1/3 din lungimea acului
4.10	Se introduce acul sub un unghi de 30°.	
4.11	Se eliberează cuta și atent cu mâna stângă apăsăm pistonul	Se inecțează lent
4.12	Se retrage acul brusc.	Pentru a reduce durerea
4.13	Se fixează un alt tampon îmbibat cu alcool 70° pe locul inecției, până la oprirea hemoragiei	Seringă se instalează în tăviță de resturi. Tamponul se aruncă în tăviță de resturi
5.	Se așează pacientul comod.	
6.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției
7.	Se supraveghează efectul medicamentului.	

STANDARD

TEHNICA INECȚIEI SUBCUTANATE LA COPIL

Scopul: Terapeutic

Indicații: Administrarea prozerinei
Preparate toni cardiace
Administrarea insulinei

Locul inecțării: treimea medie a brațului partea externă sau laterală

MATERIALE NECESARE:

- seringă sterilă 1 ml
- ac pentru a aspira medicamentul (640)
- ac pentru inecție (625, 425)
- tampon de vată sterilă pentru dezinfectarea fiolei, pilei, flaconului și 2 pentru piele
- fiola cu medicament sau flaconul
- tăviță sterilă
- alcool
- pilă sterilă din pachetul „Kraft“, din etuvă sau alcool 70 grade
- 2 vase sterile cu 2 pense
- tăviță pentru resturi
- cazoleta cu scutec steril
- mască, mănuși sterile
- halat pentru asistenta medicală, indicat numai pentru efectuarea procedurilor

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Se anunță mama și copilul	Se respectă dreptul la informare
2.	Asistenta medicală se pregătește pentru inecție	Conform cerințelor
3.	Se montează și se încarcă seringă	Vezi standardul
4.	Se dezgolește mâna copilului	Se asigură acces
5.	Mama va ține copilul și va fixa mâna	Se va evita traumarea
6.	Asistenta medicală dezinfectează pielea în locul inecției	Cu tampon de vată îmbibă cu alcool 70°, de sus în jos
7.	Cu mâna stângă formăm o cută în triem ea medie a brațului, cu degetele orientate în jos	Se reduce durerea de la introducerea acului și se va asigura străpungerea stratului s/c
8.	Se verifică seringă să nu conțină aer	
9.	Se străpunge pielea la baza cutei ținând acul sub un unghi de 30 grade	Asigură pătrunderea în stratul s/c
10.	Cuta se formează apucând pielea împreună cu stratul subcutanat ca degetele să fie orientate în jos, spre cotul copilului	
11.	Acul să fie introdus 1/3 din lungimea lui	Pentru a evita străpungerea osului, nervului
12.	Se eliberează cuta	
13.	Cu mâna stângă apăsăm pistonul și lent introducem medicamentul	Se va comunica cu pacientul
14.	Fixând corect amboul acului, extragem acul și pe locul inecției se aplică un tampon de tifon îmbibat cu alcool de 70 grade	Ca să nu rămână acul în piele; pentru hemostază
15.	Copilul se înfașă sau se îmbracă	Pentru a evita suprarăcirea
16.	Seringa se dezinfectează timp de o oră demontând acul	Cu scop de distrugere a infecției
17.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD

TEHNICA INECȚIEI INTRAMUSCULARE (I/M) LA MATUR

Scopul: Administrarea medicamentului în mușchi cu acul și seringă la indicația medicului.

Indicații: Se administrează i/m vitaminele, antibioticele, preparate hormonale, diureticele.

Locul: Se va calcula locul inecției în mușchiul fesier în felul următor:

- se duce imaginar linia orizontală care unește marginea superioară a trohanterului mare cu punctul de asupra șanțului interfesier;
- linia verticală întreține linia orizontală la mijlocul ei, strict perpendicular;
- se capătă 4 cadrane: 2 superioare și 2 inferioare; sau 2 interne și 2 externe;
- locul inecției este cadranul superior extern al fesei, în unghiul lui intern.

MATERIALE NECESARE:

- Tavă sterilă,
- Scutec steril,
- Seringi de 5, ml; 2, ml; 1, ml;
- Ace sterile,
- Tampoane sterile,
- Pensă,
- Pilă,
- Medicamente,
- Alcool 70°,
- Tăviță pentru resturi,
- Mască,
- Halat pentru inecții,
- Mănuși sterile.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea psihică a pacientului.	Pentru a înlătura factorii emoționali.
2.	Poziția pacientului în DV.	Se evită lezarea nervului și e acces comod.
3.	Pregătirea asistentei medicale.	
3.1	Spălarea și dezinfectarea mâinilor.	Vezi Standardul.
3.2	Se îmbracă mănușile sterile.	Se va combate infecția.
4.	Se pregătesc materialele necesare și se transportă lângă pacient.	Se asigură comoditatea.
5.	Se montează seringă sterilă.	Vezi Standardul
6.	Se aspiră medicamentul indicat.	Vezi Standardul
7.	Tehnica inecției i/m	
7.1	Cu tamponul de vată se dezinfectează pielea fesei în cadranul superior extern.	După ce l-am calculat imaginar
7.2	Tamponul se aruncă la resturi.	Protecție de infecție
7.3	Cu alt tampon se dezinfectează numai locul inecției — unghiul intern al cadranului.	Tamponul se aruncă în tăviță de resturi
7.4	Cu mâna stângă cu degetul mare și arătător se întinde pielea fesei în locul inecției, se fixează.	Se evită îndoirea acului
7.5	Cu mâna dreaptă seringă se va ține invers: degetul mic pe amboul acului, celelalte 4 degete fixează bine cilindrul.	Pentru a asigura poziția seringii strict perpendicular
7.6	Cu mișcare rapidă se străpunge pielea și mușchiul sub un unghi de 90°	Ca în mușchi să se afle 2/3 din lungimea acului
7.7	Se transferă seringă în mâna stângă.	Se asigură comoditatea
7.8	Se trage puțin pistonul, ca să verificăm dacă nu este acul în vas sanguin.	Pentru a evita administrarea în vas sanguin și embolia
7.9	Dacă în seringă a apărut sânge se extrage acul și rapid se introduce alături.	Se comunică cu pacientul pentru a distra atenția.
7.10	Dacă în seringă nu este sânge se apasă atent pe piston și se introduce medicamentul.	De administrat lent medicamentele care provoacă durerile.
7.11	Se extrage acul cu seringă.	Se fixează acul de ambou
7.12	Se aplică tampon de vată pe locul inecției.	Pentru dezinfectare și hemostază
7.13	Acul și seringă se demontează și se pune în tăviță de resturi.	
8.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției
9.	Pacientul se așează comod în pat.	Se asigură confortul
10.	Se supraveghează efectul medicamentului.	
11.	În caz dacă pacientul poate menține postura numai șezând, i/m se va face în orice loc în mușchiul fesei aflat mai sus de linia șederii.	Se administrează medicamentul i/m în orice loc mai sus de linia șederii.

STANDARD

TEHNICA INECȚIEI I/M LA COPII

Scopul: De a administra sol. medicamentoase în mușchi, cu ajutorul seringii și acului

Indicațiile: Administrarea vitaminelor, antibioticelor, desensibilizantelor, preparatelor hormonale ș.a

Locul inecțării: regiunea fesieră, în mușchiul fesier.

Locul se va calcula în felul următor:

Se duce o linie orizontală pe suprafața fesei care unește trohanterul mare cu punctul superior al șanțului interfesier, iar linia verticală întretaie linia orizontală perpendicular la mijlocul ei. Imaginar avem următoarele cadrane: două superioare și două inferioare, două externe și două interne. Inecția i/m se efectuează în cadranul superior extern al fesei.

MATERIALE NECESARE:

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| — tăviță sterilă | — ace sterile |
| — seringă sterilă de 1 ml | — alcool 70° |
| — pilă sterilă | — pensă sterilă |
| — mănuși sterile | — tăviță pentru resturi |
| — tampoane sterile | — mască |
| — sol. medicamentoasă | |

TEHNICA EFECTUĂRII

1. Asistenta medicală selectează datele din foaia de prescripții medicale	Pentru a preciza ce, cât și cui să administreze.
2. Pregătește toate materialele necesare în sala de tratamente.	Se respectă toate cerințele
3. Spală mâinile, le dezinfectează și îmbracă mănușile sterile	Pentru combaterea inecției
4. Montează seringă sterilă	Vezi Standardul
5. Aspiră medicamentele în seringă	-/-
6. Se transportă tăvița sterilă pregătită pentru inecție în salon.	Pentru a asigura comoditatea.
7. Se anunță mama copilului despre necesitatea și importanța inecției.	Ca să accepte și să colaboreze
8. Pregătirea psihică a copilului	În dependență de vârstă
9. Poziția copilului în decubit ventral	În dependență de vârstă și starea copilului
10. Sau în picioare, se dezgolește regiunea fesieră.	Se asigură acces
11. Cu un tampon de vată îmbibat cu alcool asistenta medicală dezinfectează pielea, în locul calculat.	Cadranul superior extern al fesei.
12. Tamponul folosit se aruncă la resturi	Pentru combaterea inecției
13. Se repetă dezinfectarea cu alt tampon care se aruncă la resturi	Pentru a o fixa
14. Cu mâna stângă cu degetul mare și arătător se întinde pielea în locul inecției.	Se asigură comoditatea și siguranța în timpul inecției
15. Cu mâna dreaptă se va ține seringă în felul următor:	Se verifică dacă acul nu a pătruns în vas sangvin
a. degetul mic se află pe ambolul acului	Se va administra lent
b. degetul mare fixează cilindrul mai sus de gradăție	Pentru hemostază și dezinfectare
c. celelalte 3 degete fixează cilindrul în partea lui posterioară	Pentru a evita traumarea în timpul inecției
16. Sub un unghi de 90° se înțepă pielea și mușchiul ținând seringă perpendicular.	Pentru a combate inecția
17. Acul se introduce 2/3 din lungimea lui.	Pentru relaxare
18. Se transferă seringă în mâna stângă și cu mâna dreaptă se aspiră un pic în seringă.	Conform cerințelor
19. Dacă în seringă nu apare sânge se apasă încet pistonul Pentru a inec-ta lent lichidele.	Schimbările observate se anunță medicu-lui.
20. După inecțare atent dar brusc se scoate acul împreună cu seringă.	
21. Se aplică pe locul inecției un tampon cu alcool.	
22. Dacă copilul în timpul inecțării este neliniștit, rugăm mama sau alte persoane să fixeze bazinul și picioarele copilului.	
23. Tamponul folosit se aruncă la resturi.	
24. Copilul este îmbrăcat și instalat în pătuc.	
25. Se reorganizează locul de lucru.	
26. Asistenta medicală va supraveghea efectul medicației.	

Scopul: Cu scop de explorare
Recoltarea sângelui pentru examenul de la laboratorul biochimic, hematologic, serologic, bacteriologic.
Cu scop terapeutic pentru administrarea medicamentelor prin injecția intravenoasă și prin perfuzii intravenoase.
Cu scop de transfuzie a sângelui și derivate ale sângelui.

Indicații: La indicația medicului

Locul puncției venoase

- venele de pe plica cotului unde se formează un „M” venos prin anastamozarea a două vene.
- venele de pe fața dorsală a mâinii
- venele subclaviculare
- venele femurale
- venele maleolare interne
- venele jugulare.

MATERIALE NECESARE:

mușama, pernă pentru braț, scutec, tăviță sterilă cu scutec steril, tăviță pentru resturi, seringă de 10—20 ml., ace sterile de 25—30 mm cu diametrul 6/10, 7/10, 10/10, tampoane de vată sterile, scaun sau cușetă, alcool 70°, garou, pense, mănuși, mască, eprubete în suport, medicamentele necesare în dependență de scopul puncției venoase.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Se explică pacientului scopul puncției	Se respectă dreptul la informare
2.	Se așează pacientul în poziția comodă șezând sau culcat în D.D	Se asigură accesul la venă și comoditate.
3.	Se dezgolește mâna mai jos de plica cotului	Se asigură acces la venele de pe plica cotului
4.	Se examinează starea și calitatea venelor	Vizual și prin palpare
5.	Se așează mâna în extensie și abducție	Pentru a alege vena
6.	Se fixează sub cot pernuța elastică acoperită cu mușama, iar pe ea un scutec	Pentru comoditate și evidențierea venei
7.	Pregătirea asistenta medicală — halat, bonetă, mască	Conform cerințelor
7.1	Se spală mâinile și se dezinfectează cu alcool 70°	Pentru combaterea infecției
7.2	Se îmbracă mănușile sterile	Pentru protecție
8.	Se montează seringă și acul necesar, se așează pe tava sterilă	Pentru a menține sterilitatea
9.	Se aplică garoul pe braț cu 7—8 cm mai sus de locul puncției	Pentru a asigura staza venoasă, fără a comprima artera
10.	Se recomandă ca pacientul să strângă pumnul	Astfel venele vor fi tandescente
11.	Se dezinfectează pielea pe plica cotului	Pentru a combate infecția
12.	Se repetă dezinfectarea cu alt tampon cu alcool 70°	
13.	Tampoane folosite se aruncă la resturi	Combaterea infecției
14.	Cu policele mâinii stângi se fixează vena la 4—5 cm sub locul puncției	Pentru a străpunge mai ușor, ca să nu alunece
15.	Se ia seringă cu acul în mâna dreaptă ca gradația cilindrului să fie în față, iar acul să fie atașat și fixat bine cu bizoul în față	Se asigură alunecarea acului și supravegherea cantității din seringă
16.	Se ține acul sub unghi de 30° și se străpunge pielea în direcția oblică	Pentru a străpunge mai ușor
17.	Apoi se străpunge peretele venei ținând acul aproape paralel cu pielea	
18.	Se simte o rezistență elastică apoi acul înaintază în gol	Acul a nimerit în lumenul venei
19.	Se schimbă direcția acului de-a lungul venei și se înaintază 1—2 cm în lumenul venei	Pentru a nu perfora peretele posterior al venei
20.	Se verifică dacă acul a pătruns în venă prin extragerea pistonului un pic	În seringă apare sânge
21.	În dependență de scop se procedează în felul următor	
21.1	Dacă este indicată recoltarea sângelui din venă nu se scoate garoul și se recoltează cantitatea necesară de sânge	Se va menține staza venoasă apoi se scoate garoul
22.	Se extrage acul atent și brusc	
23.	Se aplică tampon steril cu alcool	
24.	Se comprimă locul puncției 1—3 min.	Pentru hemostază
25.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

Scopul: Pentru a introduce medicamentul prescris în circulația sangvină

Indicații: — pentru a efectua injecția i/v
— pentru a recolta sânge la diverse probe
— pentru perfuzia i/v

Locul puncției venoase:

- venele capului-epicraniene
- venele din plica cotului
- bazilică și cefalică
- în venele de pe fața dorsală a mâinii

MATERIALE NECESARE:

- perna de nisip sau elastică
- garou
- mușama
- scutec steril
- tampoane sterile
- tăviță sterilă
- alcool 70 grade
- ac și seringă sterilă pentru puncție
- mănuși sterile
- eprubete
- sol. medicamentoase
- tăviță pentru resturi
- fluturași sterili
- emplastru

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	În venele epicraniene	La sugar
2.	Materialele necesare sunt pregătite și transportate lângă bolnav	Pentru a asigura comoditatea
3.	As. med dezinfectează mâinile și îmbracă mănușile sterile	Pentru combaterea infecției
4.	Se anunță mama copilului despre necesitatea acestei proceduri	Ca să înțeleagă și să accepte
5.	Poziția copilului în decubit dorsal (DD)	
6.	Se dezgolește căpșorul copilului	Pentru a avea acces la vene
7.	Se fixează sub ceafa copilului o pernuță elastică învelită cu mușama, acoperită cu scutec steril	Pentru a fixa capul și a proteja lenjeria
8.	O altă as. med fixează căpșorul drept sau pe o parte în dependență de vena capului aleasă	Pentru a evita traumarea
9.	Asistenta medicală studiază venă	Pentru a alege vene mai pronunțate
10.	Se dezinfectează pielea în locul puncției cu un tampon îmbibat cu alcool	Pentru combaterea infecției
11.	Tamponul se aruncă la resturi	-//-
12.	Se repetă dezinfectarea	Se asigură siguranța dezinfectării
13.	Dacă părul pe cap este lung mai întâi se va tăia cu un foarfece în locul puncției apoi se va dezinfecta	
14.	Asistenta medicală va lua seringă în mâna dreaptă în felul următor: — degetul arătător este fixat pe amboul acului — degetul mare fixează cilindrul mai jos de gradație — degetul inelar și mijlociu fixează partea posterioară a cilindrului — se verifică să nu conțină aer — bizoul acului trebuie să fie orientat în fața în drept cu gradația de pe cilindru	Degetul mic fixează pistonul Pentru a observa pe gradație cantitatea administrată
15.	Cu mâna stângă cu degetul arătător și mijlociu as. med întinde pielea în locul injecției	Pentru a fixa vena

16.	As. med va introduce acul sub piele ținând sub un unghi de 30 grade față de venă	Până se introduce bizoul acului
17.	Apoi acul se ține paralel cu vena și după străpungerea ei, as. med, înaintează puțin acul de-a lungul venei	
18.	Se verifică poziția acului în venă — se trage pistonul și în seringă pătrunde sânge	Acul se află în venă
19.	Urmează efectuarea scopului puncției venoase: injectarea medicamentelor sau recoltarea sângelui	Vezi Standardele respective
20.	Se reorganizează locul de lucru	
21.	Puncția venei din plica cotului	La copil mai mare
21.1	Se repetă punctele 2-3-4-5	
21.2	Se dezgolește mânuța copilului	
21.3	Sub cot se fixează pernuța elastică acoperită cu mușama și scutec steril	Ca să fie mâna fixată și pentru protecție
21.4	Dacă copilul este mai mare se aplică garoul mai sus de plica cotului 3—5 cm	Pentru staza venoasă
21.5	La copilul mic mama sau altă asistentă comprimă brațul mai sus de plica cotului cu mâna	De jur împrejur pentru staza venoasă
21.6	Se repetă punctele 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18	Din Standard
21.7	Înainte de puncția venei as. med, cu mâna stângă va întinde pielea mai jos de plica cotului	Pentru a fixa vena
21.8	După ce as. med s-a asigurat că acul este în venă se întrerupe comprimarea venei mânuței sau se scoate garoul dacă urmează injecția i/v sau perfuzia	Se scoate garoul pentru ca să fie posibilă trecerea medicamentului în circulația mare
21.9	Dacă scopul puncției venoase este recoltarea sângelui din venă se va continua comprimarea sau aplicarea garoului	Pentru a menține staza venoasă și a putea recolta cantitatea de sânge necesară
21.10	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
22.	Puncția venei de pe fața dorsală a mâinii	
22.1	Se repetă etapele 2, 3, 4, 5, 9	Din Standardul actual
22.2	O altă as. med comprimă cu mâna antebrațul copilului în treimea inferioară de jur împrejur	Pentru a asigura staza venoasă
22.3	Se repetă punctele 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	Din Standardul actual
22.4	În caz dacă este indicată perfuzia i/v la copil puncția venoasă se face cu acul — Fluturaș care se unește la sistemul de perfuzie	Se va reduce traumarea venei și durerea
22.5	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD

TEHNICA PUNCȚIEI VENOASE LA SUGAR

Scopul: Pentru a introduce medicamentul prescris în circulația sangvină.

Indicații: Pentru a efectua injecția i/v
Pentru a recolta sânge la diverse probe.
Pentru perfuzia i/v.

Locul puncției venoase:

- venele capului-epicraniene — bazilică și cefalică
- venele din plica cotului — în venele de pe față dorsală a mâinii

MATERIALE NECESARE:

- perna de nisip sau elastică — *fluturași* sterili — Alcool 70°
- Garou — emplastru
- Ac și seringă sterilă pentru puncție
- Mușama — Mănuși sterile
- Scutec steril — Eprubete
- Tampon sterile — Sol. medicamentoase
- Tăviță sterilă — Tăviță pentru resturi

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. În venele epicraniene. 1.1 Materialele necesare sunt pregătire și transportate lângă bolnav. 1.2 Asistenta medicală dezinfectează mâinile și îmbracă mănușile 1.3 Se anunță mama copilului despre necesitatea acestei proceduri. 1.4 Poziția copilului în decubit dorsal. 1.5 Se dezgolește căpșorul copilului 1.6 Se fixează sub ceafa copilului o pernuță elastică învelită cu mușama acoperită cu scutec steril. 1.7 O altă asistenta medicală fixează căpșorul drept sau pe o parte în dependență de vena capului aleasă. 1.8 Asistenta medicală studiază vena. 1.9 Se dezinfectează pielea în locul injecției cu un tampon îmbibat cu alcool. 1.10 Tamponul se aruncă la resturi. 1.11 Se repetă dezinfectarea. 1.12 Dacă părul pe cap este lung mai întâi se va tăia cu un foarfece în locul injecției apoi se va dezinfecta. 1.13 Asistenta medicală va lua seringă în mână dreaptă în felul următor: — degetul arătător este fixat pe amboul acului — degetul mare fixează cilindrul mai jos de gradație — degetul inelar și mijlociu fixează partea posterioară a cilindrului — se verifică să nu conțină aer — bizoul acului trebuie să fie orientat în drept cu gradația de pe cilindru 1.14 Cu mâna stângă cu degetul arătător și mijlociu asistenta medicală întinde pielea în locul injecției. 1.15 se va introduce acul sub piele ținând sub un unghi de 30° față de venă. 1.16 Apoi acul se ține paralel cu vena și după străpungerea ei asistenta medicală înaintează puțin acul de-a lungul venei. 1.17 Se verifică poziția acului în venă — se trage pistonul și în seringă pătrunde sânge 1.18 Urmează efectuarea scopului puncției venoase: injectarea medicamentelor sau recoltarea sângelui. 1.19 Se reorganizează locul de lucru.	Pentru a asigura comoditatea Pentru combaterea infecției Ca să înțeleagă și să accepte Pentru a avea acces la vene Pentru a fixa capul și a proteja lenjeria Pentru a evita traumarea Pentru a alege vene mai pronunțate Pentru combaterea infecției - //- Se asigură siguranța dezinfectării Să se afle în față Pentru a fixa vena Acul se află în venă Vezi Standardele respective Combaterea infecției
2. PUNCȚIA VENEI DE PE FAȚA DORSALĂ A MÎINII	
2.1 Se repetă 1.1-1.4, 1.8. 2.2 O altă asistenta medicală comprimă cu mâna antebrațul copilului în treimea inferioară de jur împrejur. 2.3 Se repetă punctele 1.9, 1.10, 1.11, 1.13, 1.14, 1.15, 1.16, 1.17, 1.18. 2.4 În caz dacă este indicată perfuzia i/v la copil puncția venoasă se face cu acul „Fluturaș” care se unește la sistemul de perfuzie. 2.5 Se reorganizează locul de lucru	Din Standardul respectiv Pentru a asigura staza venoasă Din Standardul respectiv Se va reduce traumarea venei și durerea. Combaterea infecției

STANDARD

TEHNICA INECȚIEI I/V LA COPIL

Scopul: De a administra cu seringă și acul unele medicamente direct în circulația sangvină

Indicații: La indicația medicului - antibiotice, glucoză, preparate hormonale, ș.a.

Locul inecției:

- venele epicraniene
- venele din plica cotului
- venele de pe fața dorsală a mâinii

MATERIALE NECESARE:

- pregătim totul Pentru puncția venoasă
- sol. medicamentoasă prescrisă
- pilă sterilă
- tăviță pentru resturi
- acul și seringă sterilă de 5—10 ml iar acul cu diametrul 6/10 mm lungimea 25 mm, bizoul scurt.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale	Pentru a preciza denumirea medicamentului și calea de administrare
2. Spălarea pe mâini, dezinfectarea și îmbrăcarea mănușilor sterile.	Combaterea infecției
3. Se montează seringă sterilă.	Vezi Standardul
4. Se aspiră medicamentul în seringă din fiolă sau flacon, se va evacua tot aerul din seringă.	Vezi Standardul încărcarea seringii:
5. Toate materialele pregătite pe tăviță sterilă se așează lângă bolnav.	Pentru a evita embolia gazoasă
6. Se efectuează toate Etapele pregătirii către puncția venoasă.	Se asigură comoditatea
7. Se alege vena și se efectuează puncția venoasă.	Vezi Standardul
8. Când asistenta medicală s-a asigurat că acul este în venă se scoate garoul sau eliberează comprimarea mănușii mai sus de locul puncției.	Vezi Standardul
9. Se transferă seringă în mâna stângă fixând bine acul cu degetul arătător.	Pentru a înlătura staza venoasă la copil
10. Cu mâna dreaptă foarte lent se injectează sol. apăsând pistonul.	Durata administrării depinde de medicament și este 3—5—7 min.
11. La sfârșitul inecției se lasă puțină sol. în seringă	Pentru a evita introducerea bulei de aer
12. Cu mâna dreaptă se extrage atent și rapid acul cu seringă fixând bine amboul acului.	
13. Se aplică pe locul inecției un tampon îmbibat cu alcool.	Pentru hemostază și dezinfectare
14. Dacă inecția intravenoasă sa făcut în vena din plica cotului nu se îndoaie mănușa la cot.	Să nu se producă hematom.
15. Tamponul rămâne pe locul inecției până la hemostaza completă.	
16. Asistenta medicală urmărește reacția pacientului la medicamentul administrat.	Pentru a evita complicațiile
17. Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției
a) Se aruncă resturile la coș (hârtia, fiola, flaconul)	
b) seringă și acul de sânge se spală sub apă curgătoare.	Pentru a înlătura resturile de sânge și medicamente
c) se dezinfectează aparte acele și seringele prin submerjare totală în sol. H ₂ O ₂ 6% timp de 1 oră.	
d) După dezinfectare se dau în primire acele și seringele fiind demontate.	Conform cerințelor
e) Asistenta medicală spală mâinile în mănuși și le dezinfectează.	
8. Se notează în fișa de prescripții medicale efectuarea procedurii.	Combaterea infecției

STANDARD

MONTAREA SISTEMULUI PENTRU PERFUZIA INTRAVENOASĂ

Scopul: Rehidratarea pacientului.
Restabilirea volumului de lichid.

Indicații: Cu scop de tratament.
Combaterea deshidratării.
Pentru dezintoxicație.

- Sistema pentru perfuzie (de unică folosință);
- Sol. medicamentoase prescrise de medic;
- Tampoane de vată și comprese sterile;
- Suport pentru sistemul de perfuzie;
- Pensă sterilă în vas steril;
- Tăviță pentru resturi;
- Seringa și ace sterile;
- Emplastru;
- Ac pentru puncția venoasă;
- Mănuși sterile.
- Tăviță sterilă;
- Scutece sterile;
- Garou;
- Pila sterilă;
- Alcool 70°;

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea psihică a pacientului.	Pacientul să fie calm, să înțeleagă necesitatea perfuziei.
2.	Pregătirea fizică a pacientului.	Se face în salon, pacientul fiind în poziție culcată, DD
3.	Pregătirea locului pentru puncția venei și perfuzie.	Vena din plica cotului. Vezi Standardul
4.	Pregătirea asistentei medicale	Conform cerințelor
4.1	Spălarea mâinilor și dezinfectarea lor, îmbracă mănușile sterile	Combaterea infecției
4.2	Se acoperă tava sterilă.	Vezi Standardul
4.3	Se transportă tot necesarul în salon după ce s-a montat sistema de perfuzie.	Se asigură comodatate Vezi Standardul
5.	Montarea sistemului pentru perfuzie	
5.1	Se îmbracă mănuși sterile.	Pentru combaterea infecției
5.2	Se pregătește fiola și flaconul.	Vezi Standardul
5.3	Se dezinfectează cu un tampon de vată capacul flaconului.	Se aruncă tamponul folosit în tăviță de resturi.
5.4	Cu pila sterilă se înlătură capacul metalic.	Sau cu o pensă specială
5.5	Cu alt tampon se dezinfectează capacul de cauciuc.	Se înlătură riscul infectării. Tamponul folosit se aruncă în tăviță de resturi.
5.6	Se scoate sistema din pachet.	După ce s-a tăiat cu foarfecele la un capăt
5.7	Se protejează ambele capete ale sistemului de orice atingere.	Pentru a evita infectarea.
5.8	Se scoate manșonul de pe ac și se introduce în flaconul cu medicamente acul. d e la capătul tubului mai scurt al sistemului	Manșonul se aruncă la resturi (sau teaca de protecție).
5.9	Se introduce acul pentru aer după ce am scos manșonul (teaca).	Manșonul lui la fel se aruncă la resturi.
5.10	Se fixează flaconul pe suport cu dopul în jos.	Clema de la sistemă să fie închisă.(prestubul)
5.11	Se va umplea sistema prin următoarele 2 metode: a) Dacă perfuzorul este instalat prea aproape de acul pentru flacon, se va pompa întâi prin apăsarea repetată a perfuzorului până se va umplea ½; b) Dacă sistema de perfuzie are perfuzorul situat mai departe de ac, atunci se va umple ½ perfuzorul cu soluție ținându-l orizontal.	De a evita pătrunderea aerului în sistemă; De a evita pătrunderea aerului în sistemă. Cu prestubul deschis!
5.12	După ce s-a umplut perfuzorul 1/2 se schimbă în poziție verticală și se elimină tot aerul din sistemă până când prin ac se elimină soluția sub formă de jet	Ca să nu rămână aer în sistema de perfuzie
5.13	Se închide prestubul.	
5.14	Se fixează manșonul pe ac, iar cu capacul dela suport se fixează flaconul cu soluție de suport.	Teaca menține sterilitatea Se fixează tubul lung pe suport.
5.15	Se acoperă flaconul și sistema cu un scutec steril și se transportă în salon la pacient.	Se asigură evitarea infecției.
6.	Dacă prin perfuzie este indicată administrarea medicamentelor din fiolă, se procedează ca în Standardul „Încărcarea seringii din fiolă”	Vezi Standardul
7.	Din seringă medicamentul se introduce cu alt ac prin dopul flaconului. Sau prin dispozitivul special anexat la sistema de perfuzie.	Să se respecte dozarea indicată.

STANDARD

TEHNICA PERFUZIEI I/V LA MATUR

Scopul: Hidratarea pacientului. Restabilirea volumului de lichid.

Indicații: Cu scop de tratament;
Cu scop de combatere a deshidratării;
Pentru dezintoxicare

MATERIALE NECESARE:

- sistema pentru perfuzie (de folosință unică);
- sol. medicamentoase prescrise;
- tampoane de vată și comprese sterile;
- seringă și ace sterile;
- garou, ac pentru punctia venoasă;
- pensă sterilă în vas steril;
- alcool, tăviță sterilă pentru resturi;
- scutec steril;
- emplastru;
- suport pentru sistemul de infuzie;
- pila sterilă, mănuși sterile.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Pregătirea psihică a bolnavului	Pacientul să fie calm, să înțeleagă necesitatea perfuziei
2. Pregătirea fizică a bolnavului	Se face în salon, pacientul în poziție culcată -în D.D.
3. Pregătirea locului pentru perfuzie	Vena din plica cotului
4. Pregătirea asistentei medicale	Conform cerințelor
4.1 Spălarea mâinilor și dezinfectarea lor	
4.2 Acoperă tava sterilă	
4.3 Se transportă totul necesar în salon după ce a fost montată sistemul de perfuzie	Se asigură acces și comoditate
5. Montarea sistemului pentru perfuzie	Vezi Standardul
6. Tehnica perfuziei:	
6.1 Se efectuează punctia venei	Vezi Standardul - Punctia venoasă
6.2 După ce acul a nimerit în venă se scoate garoul	Se înlătură staza venoasă
6.3 Se fixează imediat sub amboul acului tampon steril	În el se va scurge puțin sânge până la atașarea la sistemă
6.4 Se verifică ca în sistemă să nu fie aer	
6.5 Închidem clema-prestubul.	
6.6 Atașăm amboul de la sistemă la amboul acului din venă	Se va permite trecerea soluției în venă
6.7 Deschidem clema-prestubul.	
6.8 Urmărim viteza picăturilor	
6.9 Se va regla viteza de picături indicată de medic. Cu ajutorul prestubului (clemei speciale)	Viteza depinde de medicament și starea pacientului
6.10 Se fixează bine acul cu emplastru în 2 locuri	Se evită pericolul ieșirii acului din venă
6.11 Se acoperă cu scutec steril	Se evită infectarea acului și pielii în locul punctiei
6.12 Se supraveghează pacientul	Pentru a evita complicațiile
6.13 Se supraveghează viteza picăturilor	
7. Asistenta medicală va nota pe flacon data și ora începerii perfuziei și denumirea medicamentului inclus în perfuzie	Se menține o continuitate în supraveghere. Se evită complicația
8. Perfuzia se va termina prin următoarele:	Conform cerințelor
8.1 Nu se perfuzează toată soluția din flacon	Se lasă 10—15ml în flacon
8.2 Se închide prestubul	
8.3 Se înlătură emplastrul	
8.4 Se pregătește un tampon de vată îmbibat cu alcool	
8.5 Se extrage atent acul din venă	
8.6 Se fixează tamponul pregătit pe locul punctiei	Pentru hemostază
8.7 Mâna se ține puțin flexată	
9. Pacientul rămâne în pat cel puțin 1 oră	Pentru a evita complicațiile

STANDARD

TEHNICA PERFUZIEI I/V LA COPIL

Scopul: De a administra cu picătura medicamentele prescrise de medic

Indicații: La indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

- Totul pentru puncția venoasă
- Sistema pentru perfuzie montată.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală anunță mama despre necesitatea perfuziei.	Se respectă dreptul la informare
2. Pregătirea asistentei medicale pentru perfuzie ca și pentru injecția i/v.	Conform cerințelor
3. Se efectuează montarea sistemului pentru perfuzie cu medicamentul indicat.	Vezi Standardul
4. Asistenta medicală alege vena și locul puncției. Se efectuează puncția venoasă cu fluturașul atașat de seringă.	Vezi Standardul
5. După puncția venei se înlătură garoul sau comprimarea venei cu mâna.	Pentru a înlătura staza venoasă
6. Se închide căpăcelul de la fluturaș	Pentru ca sângele să nu se elimine din venă
7. Se fixează bine fluturașul cu emplastru de corp.	Ca acul să nu iasă din venă
8. Se deschide prestubul la sistemă și se înlătură tot aerul	Se evită embolia
9. Se deschide căpăcelul la fluturaș și se unește amboul lui cu amboul de la tubul lung al sistemului de perfuzie	Ca soluția să pătrundă în venă
10. Se urmărește pătrunderea soluției din flacon în perfuzor și sistemă	Viteza este indicată de medic
11. Se reglează viteza picăturilor prin închiderea parțială a prestubului	Se vor evita complicațiile
12. Se supraveghează viteza perfuziei și starea copilului	Ca acul să nu iasă din venă
13. Se supraveghează ca copilul să evite mișcări.	Orice schimbare se va anunța medicul
14. Pe parcursul perfuziei se urmărește fațeta copilului, și reacția la medicament.	
15. Ca regulă se efectuează în sala de tratamente.	
16. La sfârșitul perfuziei se lasă în flacon puțină soluție.	Se va evita pericolul emboliei gazoase
17. Se închide prestubul.	
18. Se scoate fixajul de pe fluturaș	
19. Se extrage fluturașul din venă și se aplică tampon de tifon umezit cu alcool pe locul puncției venoase	Pentru hemostază și dezinfectare.
20. Copilul este transferat în salon.	Dacă s-a efectuat perfuzia în sala de tratament
21. Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției
22. Sistema de perfuzie se dezinfectează conform cerințelor	Vezi Standardul respectiv

STANDARD

PERFUZIA I/V PRIN APARATUL „LINEOMAT“

Scopul: Corecția dereglărilor ionice;
Dezintoxicare
Substituția de lichid
Alimentația artificială proporțională
Hemostatic

MATERIALE NECESARE:

— aparatul „Lineomat“	— tampoane sterile de vată
— seringă — 20 ml	— tăviță sterilă
— seringă — 2 ml	— alcool 70 grade
— ac de tip „fluturaș“	— emplastru
— mănuși sterile; mască	— scutec steril
— soluție sterilă pentru perfuzie	

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Spălăm bine mâinile, le dezinfectăm	Se va combate infecția
2.	Se usucă cu șervețel steril	
3.	Îmbrăcăm mănușile sterile	
4.	Dezinfectăm capacul flaconului cu sol. necesară cu un tampon cu alcool 70°	Combaterea infecției
5.	Introducem acul de la seringă de 20 ml în flacon	Pentru a aspira sol. indicată în seringă
6.	Conectăm perfuzorul steril la seringă cu soluție sterilă	Perfuzorul va permite dozarea vitezei de picurare
7.	Se va evacua aerul	Pentru a evita pericolul emboliei
8.	Fixăm seringă la aparatul „Lineomat“	
9.	Reglăm cu ajutorul clemei viteza perfuziei în ml pe oră	La indicația medicului
II.	Tehnica efectuării puncției și perfuziei	Argumentarea
2.1	Dezinfectăm mâinile cu alcool 70 grade, îmbrăcăm mănușile sterile	Se asigură sterilitatea
2.2	Colectăm în seringă 2 ml soluție sterilă	La indicația medicului
2.3	Conectăm seringă la fluturaș, evacuăm aerul	Se evită pericolul emboliei
2.4	Se transferă lângă bolnav pe tăviță sterilă	Totul se instalează pe tăviță, respectând sterilitatea
2.5	Prelucrăm locul puncției venoase cu tampoane cu alcool 70°	Pentru dezinfectare
2.6	Întindem puțin pielea cu 2 degete ale mâinii stângi, cu mâna dreaptă introducem acul de la fluturaș în venă	Vezi Standardul „Puncția venoasă”
2.7	Fixăm fluturașul cu emplastru	Pentru a evita ieșirea din venă
2.8	Conectăm perfuzorul cu soluție la fluturaș	Din el se va face perfuzia
2.9	Conectăm aparatul „Lineomat”	
2.10	Urmărim viteza perfuziei pe ecran (și după volumul lichidului din seringă)	Ecranul indică numărul de picături
2.11	Urmărim reacția, starea bolnavului	Se evită complicațiile
2.12	Durata perfuziei este diversă	Depinde de soluția perfuzată, de cantitate, de viteză și de starea copilului
2.13	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD SPECIFICUL ADMINISTRĂRII PREPARATELOR HORMONALE

Scopul: Cu scop de tratament

Indicații: La indicația medicului în hemoragii uterine la fete,adolescente

MATERIALE NECESARE:

- Fișa de prescripții medicale
- Schema administrării și dozării preparatelor hormonale

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale	Pentru a preciza denumirea medicamentului
2.	Se asigură secția cu medicamentele prescrise	Pentru a a sigura dozele necesare
3.	Se explică pacientei și mamei necesitatea administrării unui preparat hormonal	Ca să înțeleagă și să accepte
4.	Se precizează în scris schema administrării cu doza și ora repartizării	Pentru a respecta tratamentul
5.	Prima doză poate fi 2—3—5 pastile de Regevidon peste 1— 2 ore se administrează încă o pastilă	La indicația medicului
6.	Se supraveghează intensitatea hemoragiei uterine	Vezi Standardul
7.	Peste 1—2 ore se repetă administrarea enterală încă o pastilă	Doza este în discreștere la indicația medicului
8.	Se supraveghează efectul medicației	Poate apărea voma, greața, cefalee, spasme abdominale
9.	Se va administra per oral și o pastilă de Cerucal	Pentru a combate greața
10.	Se supraveghează eliminările vaginale	Vezi Standardul
11.	A doua zi se repetă administrarea Regevidonului cu 0,5 — 1 pastilă	Frecvența administrării este indicată de medic
12.	Treptat în fiecare zi se va reduce doza cu o pastilă până la dozarea Regevidonului câte 1 pastilă pe zi 21 zile	Conform schemei de tratament
13.	După oprirea hemoragiei se va aștepta apariția ciclului menstrual	
14.	Se recomandă consultația repetată a medicului	Specialist — ginecolog
15.	Asistenta medicală notează în registrul special: data, numele de familie, și Nr. pastilelor	În scop de evidență strictă

STANDARD

ADMINISTRAREA DIURETICILOR

Scopul: De a reduce volumul edemelor
De a micșora tensiunea intracraniană

Indicații: Toate edemele de orice origine.
HTIC.
Ascita.
Anasarca.
Ca dezintoxicant.
În administrarea perfuziilor în cantități mari.

Obiecție:
Se administrează împreună cu Săruri de Kaliu la indicația medicului

MATERIALE NECESARE:
Totul pentru injecția i/m și pentru perfuzia i/v, fiola cu diureticul indicat, pila.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Prin injecția i/m se administrează diureticul odată pe zi, de regulă dimineața	Conform cerințelor
Dacă este indicat prin perfuzia i/v diureticul se va administra la sfârșitul perfuziei	Pentru a evita micțiunile în timpul perfuziei
Dozarea este: <i>Exemplu:</i> Medicul a prescris Furosemida 40mg - 1 fiolă conține 40mg în 1ml. 1. Se va administra 1ml de Furosemid; 2. La fel se dozează și „Lazex“; 3. Medicul a indicat 60mg. Se aspiră și se administrează 1,5ml sol de Furosemidă sau „Lazex“	Se va respecta strict dozarea în seringă 1ml conține 40mg de Furosemid
La pacienții gravi diuretice în pastile per oral nu se administrează.	Deoarece nu au efect
Se supraveghează efectul diureticilor	Se va măsura volumul de lichid consumat și de urină eliminată în 24 ore
Se servește plosca și urinarul în pat	De câte ori este nevoie, deoarece se mărește D.T.
După fiecare micțiune se va efectua toaleta intimă	Protecția pielii Combaterea mirosului

STANDARD**DOZAREA ȘI ADMINISTRAREA HEPARINEI**

Scopul: Ca asistenta medicală să dozeze corect heparina indicată în tratament.
Pentru acțiune anticoagulantă.

Indicații: La indicația medicului pentru a reduce coagularea sângelui.
În timpul transfuziei sângelui.

MATERIALE NECESARE:

Seringă sterilă de 1 ml, ace sterile — pentru aspirarea heparinei, pentru administrarea subcutanat. Flacoane cu heparină păstrate în frigider. Necesarul pentru a încălca seringă din flaconul cu heparină. Tampoane de vată. Alcool 70°.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale.	Pentru a preciza numele pacientului, denumirea și doza medicamentului.
2.	Se va asigura secția cu doza necesară de heparină.	De la farmacie
3.	Heparina se va păstra în frigider.	Conform cerințelor.
4.	Înainte de a administra, flaconul se va scoate din frigider.	Ca soluția să fie de t°camerei.
5.	Asistenta medicală se pregătește pentru injecția subcutanată.	Vezi Standardul.
6.	Se pregătește tot necesarul pentru injecția subcutanată în regiunea abdomenului, în jurul ombilicului.	Sau i/v la indicația medicului.
7.	Se dezinfectează capacul flaconului cu heparină	Se verifică termenul de valabilitate
8.	Se montează seringă sterilă de 1 ml.	Vezi standardul respectiv
9.	Se aspiră soluția de heparină cu doza prescrisă.	La indicația medicului.
10.	Dozarea: 1 flacon conține 5 ml soluție heparină: — 1 ml sol. are concentrația 5000 unități heparină; — 0,1 ml — conține 500 un. heparină; — 0,5 ml — conține 2500 un. heparină; Medicul a indicat s/c 3000 un. heparină. Asistenta medicală va aspira în seringă 0,6 ml sol. heparină.	
11.	Prelucrarea locului injecției s/c.	Dezinfectarea pielii
12.	După aspirare în seringă a dozei de heparină se efectuează injecția s/c.	Vezi Standardul respectiv
13.	Se repetă dozarea și administrarea la indicația medicului.	
14.	Asistenta medicală va supraveghea pacientul pe parcursul tratamentului cu heparină.	Ca să nu apară hemoragia.
15.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD

DOZAREA ȘI ADMINISTRAREA INSULINEI

Scopul: De a doza și a aspira corect insulina pentru a administra cu scop de tratament.

Indicații: Se administrează la indicațiile medicului, la pacienți cu D.Z.

MATERIALE NECESARE:

- Flaconul cu insulină;
- Totul necesar pentru aspirarea medicamentului din flacon;
- Seringă de 1 ml;
- Ac pentru aspirarea insulinei sterile;
- Ac și seringă pentru administrarea insulinei prin perfuzie i/v;
- Mănuși sterile;
- Fișa de indicații medicale.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se selectează prescripția medicului.	Asistenta medicală se va informa despre numele pacientului și doza medicamentului.
2.	Se scoate din timp flaconul de insulină din frigider.	Să fie de t° camerei.
3.	Pregătirea asistentei medicale către injecție.	Vezi Standardul.
4.	Pregătirea tăviței sterile și montarea seringii.	Vezi Standardul.
5.	Se verifică doza medicamentului pe flacon și termenul de valabilitate.	Pentru a doza corect și a evita complicațiile.
6.	Se pregătește flaconul și seringă pentru a fi încărcată.	Vezi Standardul
7.	Asistenta medicală fixează acul pentru aspirarea și încărcarea seringii cu doza prescrisă: Exemplu — medicul a prescris perfuzia i/v cu sol. Glucoză 10% — 200 ml. Este indicat la glucoză 10% — 50 ml — 1 un. Insulină — 100 ml — 2 un. insulină — 150 ml — 3 un. Insulină — 200 ml — 4 un. Insulină Flaconul de insulină conține 5 ml sol. 1 ml sol. conține 40 un. Insulină 0,1 ml conține 4 un. Insulină — Se aspiră în seringă 0,1 ml. Sol. Insulină, adică 4 un. Insulină. Dacă seringă este specială pentru insulină se dozează în felul următor: Seringa 1 ml are 20 diviziuni care includ 40 un. Insulină. O diviziune include 2 un. Insulină. Ca să administrăm 4 un. Insulină se aspiră în seringă 2 diviziuni.	Pentru a evita hiperglicemia O altă seringă pentru insulină de 1 ml., are 40 diviziuni, iar la fiecare 5 diviziuni e notată doza insulinei în cifre 5—10—15—20—25—30—35—40 un.
8.	Se recomandă ca insulina în seringă să se aspire cu 2 un. mai mult.	Deoarece se consumă la evacuarea aerului din seringă.
9.	După evacuarea aerului în seringă va rămâne doza necesară de administrare.	Pentru a evita hiperglicemia.
10.	Se administrează insulina prescrisă în flaconul pentru perfuzia i/v.	La indicația medicului
11.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției
12.	La fel se dozează insulina și pentru administrarea s/c	La bolnavii cu DZ la indicația medicului

Scopul: Ca asistenta medicală să introducă prin sonda vezicală medicamente în vezica urinară

Indicații: Scop de tratament la indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

Totul pentru toaleta intimă; toul pentru sondajul vezical; seringă sterilă (Jeanet), mușama și scutece; sol. medicamentoasă indicată — sol. Protargol 2 %, ulei de cătină, ulei de măcieș, amestec de soluții medicamentoase de antibiotice cu preparate hormonale la indicația medicului.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Se anunță bolnavul	Se respectă dreptul la informare
2.	Se explică etapele și necesitatea tehnicii	Ca să înțeleagă și să accepte
3.	Se va izola patul cu un paravan	Se respectă intimitatea
4.	Poziția bolnavului ca la sondajul vezical	Vezi Standardul
5.	Pregătirea asistentei medicală	Vezi Standardul
6.	Se va efectua mai întâi toaleta intimă	Combaterea infecției. Vezi standardul respectiv
7.	Apoi se va efectua tehnica sondajului vezical	Vezi Standardul
8.	Se aspiră în seringă Jeanet sterilă una din soluțiile medicamentoase	La indicația medicului
9.	Cantitatea medicamentului 10—20—30 ml	La indicația medicului
10.	Temperatura soluției de temperatura camerei	Se va evita excitarea mucoasei v. urinare
11.	După ce prin sondă s-a evacuat toată urina asistenta medicală apucă capătul sondei cu mâna stângă	Pentru a-l fixa comod
12.	Va ridica acest capăt mai sus de pubis	Ca sol. să ajungă mai ușor în v. urinară
13.	Se atașează seringă încărcată cu medicamentul indicat	Se fixează bine de sondă
14.	Se introduce lent soluția medicamentoasă în vezica urinară	Să se evite introducerea aerului
15.	Se retrage seringă și se pune în tăviță	Pentru dezinfectare
16.	Se extrage apoi sonda	Pacientul rămîne în pat.
17.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD

TEHNICA PUNCTĂRII FISTULEI DE HEMODIALIZĂ

Puncția fistulei Legătura dintre pacient și aparatul rinichiului artificial

Locul de efectuare: Fistula deja fixată de la plica cotului

MATERIALE NECESARE:

2 fistuline, 3 tampoane sterile, alcool 70°, cuvă sterilă, garou și emplastru, 1 seringă 10 ml.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Pregătirea materialelor necesare	
1.1	Se pregătesc materialele necesare.	Se asigură comoditate și acces
2.	Pregătirea fizică și psihică a bolnavului	Se va reduce anxietatea
2.1	Se explică necesitatea puncției fistulei	Se respectul dreptul la informare
2.2	Se culcă bolnavul în poziția comodă DD cu mâna în extensie	Mâna respectivă, unde e fixată fistula
3.	Efectuarea puncției fistulei	
3.1	Se stabilește locul de executare a puncției	
3.2	Se aplică garoul elastic în treimea inferioară a brațului	Pentru staza venoasă
3.3	Cu indexul mâinii drepte se palpează locul pentru puncție	Ca să fie stabilit locul puncției
3.4	Se dezinfectează locul puncției cu un tampon cu alcool	Combaterea infecției
3.5	Se cere bolnavului să închidă și să deschidă pumnul	Pentru a spori staza venoasă
3.6	Se face puncția fistulei	Vezi Standardul „Puncția venoasă”
3.7	Se punctează cu fistulina venoasă (albastră) vasul venos și se fixează cu emplastru	Pentru a fixa fistulina
3.8	Se punctează cu fistulina arterială (roșie) vasul arterial și se fixează cu emplastru	-/-
3.9	Se eliberează garoul	Se va înlătura staza venoasă
3.10	Se verifică cu seringă dacă fistulinile sunt bine fixate în vas, introducând Sol. NaCl 0,9% — în fistulă	Pentru control și siguranță
3.11	Bolnavul se supraveghează permanent	La prima senzație de durere se verifică poziția fistulinelor
4.	Reorganizarea locului de muncă	Combaterea infecției
4.1	Se aruncă la deșeuri materialele folosite	Conform ord. Nr. 87 al M.S.
4.2	Fistulinile, tampoanele se dezinfectează	Vezi Standardele respective
5.	Complicații posibile: hematome prin străpungerea vaselor, embolie aeriană, tromboflebite	Se supraveghează atent pentru a le evita

STANDARD

COMPLETAREA CONDICII DE FARMACIE

Scopul: Pentru a face comanda și a primi medicamentele necesare de la farmacie

MATERIALE NECESARE:

condica de farmacie (formular), foile de prescripții medicale

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Medicul indică tratamentul necesar fiecărui pacient în foaia de prescripții medicale	Conform cerințelor individuale pentru fiecare pacient
2.	Asistenta medicală de gardă zilnic efectuează selectarea prescripțiilor medicale	Pentru a repartiza medicamentele și pentru a se asigura cu medicamentele necesare
3.	Dacă unele medicamente lipsesc sau sunt puține asistenta medicală notează pe o listă denumirea și doza medicamentelor	Este obligatoriu pentru asistenta medicală de gardă, de salon
4.	Această listă a medicamentelor necesare asistenta medicală o transmite asistentei medicale superioare din secție	Pentru a face comanda la farmacie
5.	Asistenta medicală superioară a secției întocmește condica de farmacie	Pe foi Standard de cerere—comanda la farmacie
6.	Se completează condica în 3 exemplare în care se notează: — denumirea medicamentului — doza — numărul total de fiole, pastile, ambalaje necesare	1 exemplar pentru farmacie 1 exemplar pentru contabilitate 1 exemplar pentru secție ca evidență
7.	Această condică — cerere de farmacie va fi semnată de asistenta medicală superioară și medicul șef al secției	Ei sunt responsabili de asigurarea cu medicamente și de cheltuieli
8.	Pe formular aparte se va completa condica — cerere la alcool, la medicamente toxice, la narcotice, stupefiante	În 4 exemplare — al 4-lea pentru administrație
9.	Toate condicile se vor semna apoi de medicul — farmacist, directorul — adjunct al instituției, contabilul șef	Cu ștampila instituției medicale
10.	Medicamentele din farmacie vor fi primite de către asistenta medicală superioară din secție.	Fiind responsabilă de medicamente
11.	Se vor transporta medicamentele fiind ambalate în saci speciali pe brancardă	Conform cerințelor
12.	Toate medicamentele se păstrează la asistenta medicală superioară, care eliberează în porții mai mici medicamentele la locul de lucru al asistentei medicale de gardă, de salon și de tratament	În dulapuri speciale, în safeu, în frigider — conform cerințelor

CAPITOLUL VI

TRANSFUZIA DE SÂNGE

1. Determinarea grupei sanguine	155
2. Proba de compatibilitate a grupei sanguine și factorul Rh- rezus	157
3. Proba de compatibilitate individuală de grupĂ SANGUINĂ.....	158
4. Efectuarea probei de compatibilitate biologică	159
5. Montarea sistemului (trusei) pentru transfuzia de sînge.....	160
6. Efectuarea transfuziei de sînge	162
7. Supravegherea pacientului în timpul hemotransfuziei	163

STANDARD

DETERMINAREA GRUPEI SANGUINE

Scopul: Pentru efectuarea transfuziei sanguine, este necesară cunoașterea identității antigenice între sângele donatorului și recipientului; pentru a stabili compatibilitatea de grupă sanguină.

Indicații: În cazul diverselor hemoragii la indicația medicului, pentru hemotransfuzii.

MATERIALE NECESARE:

- Sânge recoltat din vena 3—5 ml;
- Tampoane de vată sterile;
- Alcool 70°;
- Ser/test standard 0I, AII, BIII în 2 serii și ABIV; placa de faianță cu 3 godeuri (adâncituri) în 2 rânduri;
- Pipete pentru seturi și fiole pentru sângele din godeuri
- Tăviță pentru resturi;
- Manuși și masca de protecție;
- Ceas;
- Termometru de camera.
- Placă de faianță cu godeuri.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale.	Se va preciza numele pacientului.
2.	Se anunță pacientul despre necesitatea investigației	Se respectă dreptul la informare.
3.	Se vor pregăti materialele necesare în sala de tratamente.	Se asigură comoditatea.
4.	Se verifică temperatura în cameră, ca să fie +16 +18°C.	Conform cerințelor.
5.	Asistenta medicală respectă cerințele aspectului exterior al său.	Dupa cerințele Standardului.
6.	Obligatoriu va lucra în mănuși.	Pentru autoprotecție.
7.	Se recoltează 3—5 ml de sânge de la bolnav prin punctia venoasă în eprubeta.	Vezi Standardul.
8.	Se studiază serurile — hemotest:	
8.1	Să fie păstrate în frigider.	Ca să fie valabile serurile.
8.2	Se verifică ca pe fiecare flacon de ser să fie indicate grupa sanguină, termenul valabilității, seria și tipul concentrației aglutininelor.	
8.3	Atrageți atenția la culoarea serurilor : O I — străveziu A II — albastru B III — roșie AB IV — galben	Dacă culorile nu coincid serurile nu sunt valabile și rezultatul va fi greșit.
8.4	Serurile să fie transparente	Să nu fie tulburare cu sediment
8.5	Sunt câte 2 serii de fiecare test	
9.	Se pregătește placa de faianță	
9.1	Să fie curată	
9.2	Să fie degresată — prin ștergerea suprafeței cu un tampon de vată îmbibat în alcool	Tamponul folosit se aruncă la resturi
9.3	Placa are pe orizontală câte 3 godeuri în 2 rânduri — pentru serurile I, II și III și al șaptelea godeu pentru gr. AB IV.	
10.	Efectuarea tehnicii	
10.1	Se pune în fiecare godeu în ordinea respectivă, cu pipete separate, câte o picătură din fiecare flacon de ser — hemotest cu seria I și II.	Fiecare picătură să fie de 6—8 mm.
10.2	Se ia cu bagheta sânge din eprubetă și se aplică peste picătura de ser pentru fiecare godeu se cere bagheta aparte.	Să nu se amestice bagheta dintr-un godeu cu altul
10.3	Picătura de sânge să fie de 10 ori mai mică ca picătura de ser.	Raportul 1:10
10.4	Imediat după ce se aplică picătura de sânge, se amestecă bine cu bagheta	Să se amestice bine serul în sânge prin mișcări circulare.
10.5	Se fixează timpul	Se lasă pe 3—5 minute
10.6	Se fac mișcări de balansare a plăcii	Ca să se omogenizeze bine

11.	Citirea rezultatelor se efectuează peste 3—5 minute	Se urmărește timpul fixat la ceas
12.	Interpretarea rezultatelor	
12.1	Dacă aglutinarea nu se produce în nici unul din serurile hemotest — este sânge de grupa OI	Sau coagularea
12.2	Dacă aglutinarea are loc în picăturile cu ser — hemotest OI și BIII — este sângele de grupa AII.	
12.3	Dacă aglutinarea se produce în picăturile cu serul — hemotest OI și AII — sângele este de grupa BIII.	
12.4	Dacă aglutinarea se produce în toate godeurile, sângele este de grupa ABIV	
13.	Se arată medicului rezultatele determinării grupei de sânge	Pentru a confirma
14.	Se notează grupa sanguină determinată în fișa medicală	Se indică data și semnătura asistentei medicale
15.	Se spală bine obiectele folosite cu apă curată	Se vor îndepărta resturile
16.	Apoi se dezinfectează și se sterilizează	Conform Standardelor
17.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD**PROBA DE COMPATIBILITATE A GRUPEI SANGUINE ȘI FACTORUL RH- REZUS**

Scopul: Prevenirea accidentelor transfuzionale grave;
Determinarea coagulării directe între serul recipientului și eritrocitele donatorului.

Indicații: Anticipat transfuziei de sânge

MATERIALE NECESARE:

- Flaconul sau punga cu sângele donatorului;
- Serul din sângele recipientului în eprubetă de sticlă;
- Pipete;
- Mănuși de protecție sterile
- Centrifugă;
- Seringă sterilă, ace sterile;
- Gelatină 10% încălzită;
- Termostat;
- Ceas;
- Necesarul pentru recoltarea sângelui din venă;
- Baie de aburi;
- Termometru de apă
- Fișa medicală, DÎN.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Asistenta medicală spală mâinile	Combaterea infecțiilor
2.	Îmbracă mănușile sterile.	Pentru protecție
3.	Recoltează sânge 2—3 ml în eprubetă prin punctia venoasă	Vezi Standardul
4.	Introduce eprubeta cu sânge în centrifugă	Pentru a căpăta serul sanguin
5.	Separarea serului sanguin de cheag în altă eprubetă	Prin scurgere, atent
6.	Se aplică cu pipeta 2 picături de ser al recipientului în eprubeta curată	
7.	Se adaugă o picătură de sânge a donatorului	Se va lua din flacon sau din pungă cu sânge, cu seringă și un ac steril
8.	Picătura de sânge să fie de 10 ori mai mică ca picătura de plasmă (ser)	Raportul 1:10
9.	Se amestecă atent	Se agită lent eprubeta
10.	Se adaugă 2 picături de gelatină 10% cu o pipetă	Să fie încălzită gelatina
11.	Se amestecă bine	Se agită
12.	Se introduce la termostat pe 10 min. la t° de 46—48 grade	Sau se folosește baie de aburi
13.	Interpretarea rezultatului: — dacă în picătură se produce aglutinarea, sângele recipientului nu este compatibil cu sângele donatorului; — dacă nu se produce aglutinarea, sângele este compatibil	Atunci nu poate fi transfuzat. Se permite transfuzia
14.	Se notează rezultatele	În fișa medicală, D.Î.N
15.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD**PROBA DE COMPATIBILITATE INDIVIDUALĂ DE GRUPĂ SANGUINĂ**

Scopul: De a verifica compatibilitatea de grupa sanguină dintre serul/plasma recipientului și sângele donatorului.

Indicații: Anticipat transfuziei de sânge.

MATERIALE NECESARE:

- Lamă de sticlă;
- Ser /plasmă recipientului / pacientului;
- Sângele donatorului;
- Seringă și ac steril;
- Pipetă, eprubetă, suport;
- Necesarul pentru puncția venoasă;
- Centrifugă, baghetă de sticlă;
- Ceas;
- Mănuși, mască.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Asistenta medicală pregătește necesarul	Pentru acces și comoditate
2.	Se efectuează puncția venoasă	Vezi Standardul
3.	Se recoltează 2—3 ml sânge de la recipient /pacient	
4.	Se pune eprubeta cu sânge în centrifugă pentru a obține ser	Pentru a separa serul/plasma de hematii
5.	Se toarnă serul în altă eprubetă	Se strecoară atent
6.	Asistenta medicală pune 2—3 picături de ser cu o pipetă pe o lamă de sticlă	
7.	Se aspiră cu seringă puțin sânge al donatorului	Din flacon sau punga de plastic
8.	Se pune peste ser pe lama de sticlă o picătură de sânge a donatorului	Picătura să fie de 5 ori mai mică ca cea de ser, 1:5
9.	Se fixează timpul	
10.	Se amestecă bine cu o baghetă de sticlă	
11.	Periodic se agită picătura de pe lama de sticlă	Prin mișcări de rotație
12.	Peste 5 minute se citește rezultatul	
13.	Interpretarea rezultatelor:	
13.1	Dacă în picătură are loc reacția de aglutinare, sângele nu este compatibil	Nu se va efectua transfuzia sângelui
13.2	Dacă nu are loc în picătură aglutinarea, sângele este compatibil	Atunci se va efectua transfuzia sângelui
14.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD

EFFECTUAREA PROBEI DE COMPATIBILITATE BIOLOGICĂ

Scopul: De a verifica în plus, dar în mod obligatoriu, modul în care primitorul-pacientul reacționează la sângele donatorului.

Indicații: În mod obligatoriu înainte de transfuzia sîngelui (la începutul ei).

MATERIALE NECESARE:

- trusa pentru transfuzia sîngelui
- sânge montat la trusa — sistema pentru transfuzie
- suport
- mănuși
- totul pentru punția venoasă

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Asistenta medicală se pregătește pentru transfuzie	Vezi Standardul
2.	Se montează flaconul cu sânge	
3.	Se încarcă sistema — trusa pentru transfuzie	Vezi Standardele respective
4.	Se face punția venoasă	Vezi Standardele respective
5.	Asistenta medicală lasă să se transfuzeze primii 20 ml de sânge	
6.	Apoi reglează cu cleva ritmul de scurgere-picurare a sîngelui	Să fie 10—15 picături pe minut
7.	Se supraveghează 5—15 min.	În dependență de vârsta pacientului
8.	Dacă în acest timp nu apar semne de incompatibilitate de grup, asistenta medicală introduce din nou 20 ml de sânge prin sistema de transfuzie în ritm mai rapid	
9.	Apoi iar se repetă P. 6 și 7	
10.	Dacă nu apar semnele incompatibilității de grup se va continua transfuzia de sânge în ritmul indicat de medic	Viteza picăturilor pe 1 min. este indicată de medic
11.	Dacă apar semnele incompatibilității de grup: senzația de frig, frisoane, cefalee, dureri lombare, tahicardie, prurit cutanat sau urticarie, congestia feței — asistenta medicală imediat întrerupe transfuzia și anunță urgent medicul.	
12.	Pentru a observa la timp semnele incompatibilității, asistenta medicală va supraveghea pacientul permanent după transfuzia primelor 20 ml de sânge și după a doua probă de 20 ml	Asistenta medicală să comunice cu pacientul pentru a afla cît mai devreme ce-l supără.

STANDARD**MONTAREA SISTEMULUI (TRUSEI) PENTRU TRANSFUZIA DE SÎNGE**

Scopul: De a pregăti necesarul și de a monta corect flaconul cu sânge la trusa pentru efectuarea transfuziei de sânge;
De a respecta cerințele față de flaconul sau punga cu sânge, față de sângele supus transfuziei.

Indicații: Pentru a efectua transfuzia de sânge la indicația medicului.

MATERIALE NECESARE:

- trusa (sistemul pentru transfuzie de sânge) cu filtru în perfuzor
- flaconul sau punga cu sânge izo-grup și izo-Rh;
- necesarul pentru probele de compatibilitate;
- stativ pentru flacon sau pungă;
- tampoane de vată sterile;
- mască, halat, bonetă, mănuși sterile;
- tăviță renală sterilă;
- tăviță renală pentru deșeuri
- alcool 70°, pense sterile.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale	Pentru a preciza numele pacientului și cantitatea de sânge necesară
2.	Se va comanda și se va primi sânge de grupă și Rh necesar în cantitatea indicată	Din secția de hemotransfuzie
3.	Se vor determina grupa de sânge și factorul Rh	Vezi Standardele
4.	Se verifică cerințele la flaconul cu sânge:	
4.1	Să fie păstrat în frigider	Conform cerințelor
4.2	Se va scoate din frigider cu câteva ore înainte de montare	Ca să ajungă la temperatura camerei
4.3	Pe etichetă să fie indicate: — numele, prenumele donatorului — grupa de sânge și factorul Rh — termenul de valabilitate	Eticheta este în două exemplare, talonul de control
4.4	Se verifică integritatea flaconului sau a pungii	Să fie ambalajul etanșat
4.5	Se verifică aspectul macroscopic al sângelui — sângele scos din frigider are 3 straturi: — stratul inferior — masa eritorcitară sedimentată la fund; — stratul mediu — este o peliculă fină, subțire formată din leucocite și trombocite; — stratul superior este limpede, omogen, reprezentat de serul sangvin	Are aspect vâcos, siropos, de culoare roșie întunecată Are culoare albicioasă Are culoare galben verzuie
5.	Montarea flaconului cu sânge	
5.1	Asistenta medicală spală mâinile, le dezinfectează	Combaterea infecției
5.2	Îmbracă mănușile sterile	Autoprotecție
5.3	Se dezinfectează dopul flaconului cu un tampon de vată îmbibat cu alcool	După ce se scoate stratul de parafină de deasupra
5.4	Cu o pensă sterilă se înlătură căpăcelul metalic	Numai o suprafață mică, la mijlocul dopului
5.5	Se dezinfectează dopul de cauciuc la fel cu alt tampon	
5.6	Tampoanele folosite se aruncă la deșeuri	Pentru a fi apoi dezinfectate
6.	Montarea trusei (sistemul de transfuzie)	
6.1	Se verifică pe pachet termenul de valabilitate	Ca trusa să fie valabilă
6.2	Cu un foarfece steril se taie marginea indicată de la pachet, să fie dezinfectată	Foarfecele se păstrează în sol. dezinfectantă
6.3	Se extrage trusa (sistemul) din pachet	Atent, ca să se mențină sterile capetele unde sunt fixate acele
6.4	Se desfac tuburile sistemul de transfuzie	Să nu fie încolăcite

6.5	Se închide prestubul	Să nu se elimine sîngele
6.6	Se scoate teaca de protecție de la capătul mai scurt al tubului de pe ac	Este acul pentru flaconul sau punga cu sânge
7.	Montarea trusei (sistemului) la flacon	
7.1	Se introduce în flacon prin dopul dezinfectat acul sistemului de transfuzie	
7.2	Se fixează flaconul pe suport — stativ prin suspendare	Cu dopul în jos
7.3	Se deschide tubul de aer	Ca aerul să pătrundă în flacon și să formeze presiune
7.4	Se ține în mână dreaptă sistemul de transfuzie cu perfuzorul orizontal	
7.5	Se deschide prestubul	Ca să permită trecerea sîngelui în tuburile sistemului
7.6	Se scoate teaca de protecție de pe acul pentru puncția venei	Ca să se elimine aerul din tub
7.7	Se lasă ca lichidul să umple 2/3 din volumul perfuzorului (picurătorului).	
7.8	Se coboară apoi tubul în jos, astfel ca perfuzorul (picurătorul) să fie în plan vertical	Pentru ca soluția să treacă în tubul mai lung și să elimine aerul din sistemă
7.9	Se urmărește umplerea tubului cu sânge și eliminarea totală a aerului din trusa (sistem) în tăviță	
7.10	Se închide prestubul	Ca să întrerupă eliminarea sîngelui
7.11	Se fixează teaca de protecție pe ambolul acului	Să fie evitată atingerea de careva obiecte, pentru a păstra sterilitatea
7.12	Trusa (sistemul) montată la flacon rămâne pe suport	Să fie bine fixată
7.13	Se acoperă cu un scutec steril	Pentru a proteja de infecție
8.	Se transportă în salon	Pentru efectuarea transfuziei

STANDARD

EFFECTUAREA TRANSFUZIEI DE SÂNGE

Scopul: De a restabili volumul de sânge
De a asigura organismul cu numărul de hematii necesare
De a stimula hematopoeza
De a mări capacitatea de coagulare a sângelui
Stimularea proceselor metabolice

Indicații: La indicațiile medicului

MATERIALE NECESARE:

- Trusa /sistema de transfuzie a sângelui montată la flaconul cu sânge și fixată pe un suport / stativ.
- Vată, alcool
- Necesarul pentru puncția venoasă
- Ceas.
- Emplastru

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Asistenta medicală pregătește materialele necesare	Se asigură comoditate
2.	Cantitatea de sânge pentru transfuzie este indicată de medic	250 ml — 400 ml
3.	Pacientul, rudele sunt informați despre necesitatea transfuziei	Ca să accepte
4.	Se calmează pacientul, se încurajează	Se va reduce anxietatea
5.	Asistenta medicală va respecta toate cerințele privind aspectul exterior al său și cel de igienă personală	Combaterea infecției. Etica asistentei medicale
6.	Se transportă în salon suportul cu flaconul de sânge montat la sistema de transfuzie	Să fie acoperit cu scutec steril
7.	Poziția pacientului este în D.D	Se asigură comoditatea
8.	Asistenta medicală efectuează puncția venoasă	Vezi Standardul
9.	Se deschide prestubul sistemului de transfuzie	Ca sângele să picure din flacon în sistemă
10.	Se evacuează aerul	Se evită embolia
11.	Se unește amboul de la sistemă cu acul din venă	
12.	Se fixează bine acul cu emplastru	Ca să nu iasă din venă
13.	Se acoperă locul puncției cu tifon steril	Pentru protecție
14.	Se efectuează proba biologică	Vezi Standardul
15.	Dacă nu au apărut semne de incompatibilitate, se reglează cu prestubul viteza de transfuzie a sângelui	10—20 picături pe minut la indicația medicului
16.	Se va continua transfuzia de sânge	Asistenta va comunica cu pacientul
17.	Permanent se va supraveghea starea pacientului	
18.	La încheierea transfuziei se rețin în flacon 5—6 ml de sânge	Pentru a verifica ulterior în caz de complicații posthemotransfuzionale
19.	Se închide prestubul	Se întrerupe perfuzia
20.	Se retrage acul din venă	Atent și rapid
21.	Se fixează tampon de vată cu alcool pe locul puncției și se comprimă	Pentru hemostază
22.	Pe locul puncției se aplică și se fixează pansament steril	Pentru protecție
23.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
24.	Se spală și se dezinfectează instrumentele, sistema de transfuzie	Combaterea infecției, înlăturarea resturilor de sânge
25.	Pacientul respectă regim la pat	
26.	Va fi supravegheat în pat, poziția comodă	

STANDARD

SUPRAVEGHEREA PACIENTULUI ÎN TIMPUL HEMOTRANSFUZIEI

Scopul: De a evita complicațiile transfuzionale și posttransfuzionale

Indicații: Transfuzia de sânge indicată de medic

MATERIALE NECESARE:

- Ceas cu secundar;
- Tensiometru;
- Fonendoscop.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Supravegherea începe odată cu efectuarea probei de compatibilitate biologică	Deoarece pot apărea complicații. Vezi Standardul.
2.	Asistenta medicală supraveghează prin inspecția vizuală culoarea tegumentelor, buzelor	La cea mai mică modificare se anunță medicul
3.	Asistenta comunică frecvent cu pacientul pentru a stabili starea generală a acestuia	Dacă nu apar plângeri
4.	Se va supraveghea respirația, pulsul și T.A pe parcursul transfuziei	La fiecare 20—30 minute
5.	Rezultatele supravegherii funcțiilor vitale se vor nota	Asistenta notează în dosarul de îngrijire; Medicul — în fișa de observație
6.	La observarea celor mai mici schimbări obiective sau la apariția plângerilor se anunță medicul	Pentru a acorda ajutor necesar

CAPITOLUL VII

TEHNICI DE ÎNGRIJIRE

1. Predarea și preluarea serviciului de gardă	166
2. Îngrijirea cavității bucale la sugar	167
3. Îngrijirea cavității bucale în stomatite	168
4. Îngrijirea cavității bucale la pacientul grav	169
5. Îngrijirea ochilor la copil	170
6. Îngrijirea ochilor la pacientul grav	171
7. Îngrijirea urechilor la copil	172
8. Îngrijirea nasului la pacientul grav	173
9. Îngrijirea nasului la copil	174
10. Toaleta intimă la copil	175
11. Toaleta intimă la maturi	176
12. Efectuarea lavajului vaginal și instilarea medicamentelor	177
13. Toaleta de dimineață a pacientului postoperator	178
14. Îngrijirea pielii. Toaleta pe regiuni	179
15. Baia generală a sugarului	182
16. Schimbarea posturii. Schimbarea pasivă	183
17. Îngrijirea părului (spălarea)	184
18. Schimbarea lenjeriei de corp la pacientul grav	185
19. Schimbarea lenjeriei de pat la copil	186
20. Schimbarea lenjeriei de pat la pacientul grav	187
21. Măsurările antropometrice la copil	188
22. Determinarea masei corporale (mc) și a înălțimii la matur	189
23. Îmbrăcarea și dezbrăcarea copilului	190
24. Spălarea dinților	191
25. Supravegherea respirației	192
26. Supravegherea și notarea respirației la copil	192
27. Măsurarea și notarea pulsului	193
28. Supravegherea pulsului și notarea la copil	194
29. Măsurarea și notarea temperaturii	195
30. Măsurarea și notarea temperaturii corpului la copil	196
31. Măsurarea și notarea TA	197
32. Măsurarea diurezei totale	198
33. Măsurarea și notarea bilanțului hidric	199
34. Aplicarea compresei terapeutice la copil	200
35. Aplicarea revulsivelor — foitelor de muștar	201
36. Aplicarea termoforului	202
37. Aplicarea termoforului la copil	203
38. Aplicarea colacului de cauciuc	204
39. Aplicarea pungii cu gheață	205
40. Administrarea oxigenului la copil	206
41. Administrarea oxigenului la matur	207
42. Servirea ploștei la pacientul grav	208
43. Aplicarea tubului de evacuare a gazelor la copil	209
44. Aplicarea tubului de evacuare a gazelor la matur	210
45. Clisma evacuatoare la copil	211
46. Aplicarea clisme terapeutice la copil (microclismă)	212
47. Spălătura gastrică	213
48. Tehnica spălăturii gastrice la copil	214
49. Sondajul vezical la femei	215
50. Tehnica sondajului vezical la bărbați	217
51. Tehnica efectuării frecțiilor	218
52. Elemente de gimnastică curativă la sugar	219
53. Elemente de gimnastică curativă la pacientul imobilizat	220
54. Masajul curativ la pacientul imobilizat	221
55. Masajul curativ la copii	222
56. Tehnica ECG	223

57. Transportarea pacientului imobilizat în scaun cu roțile (cărucior) la investigații	225
58. Transportarea pacientului cu targa (brancarda)	226
59. Transportarea pacientului din sala de operație	228
60. Instalarea pacientului operat în pat.	229
61. Poziția pacientului operat în pat	230
62. Supravegherea și îngrijirile imediate după operație	231
63. Supravegherea plăgii și a pansamentului.	232
64. Rolul moral al asistentei medicale în perioada postoperatorie.	233
65. Tehnica aspirării secrețiilor din căile respiratorii — aspirația orofaringiană.....	234
66. Combaterea complicațiilor pulmonare.	235
67. Combaterea stazei venoase.	236
68. Combaterea parezei intestinale	237
69. Supravegherea eliminărilor vaginale.	238
70. Supravegherea pansamentului și plăgii postoperatorii.	238
71. Scoaterea suturilor și tuburilor de drenaj.	239
72. Monitorizarea și combaterea durerii.	240
73. Prevenirea escarelor de decubit.	242
74. Îngrijirea pielii și plăgii în escare.	243
75. Îngrijirea în vomă	244
76. Îngrijirea în deshidratare	245
77. Specificul intervențiilor în deshidratare.	246
78. Îngrijirea în febră.	247
79. Îngrijirea în hipotermie	248
80. Îngrijirea pacientului cu durere.	249
81. Îngrijirea pacientului cu diaree	251
82. Îngrijirea copilului cu diaree	252
83. Îngrijirea copilului cu intertrigou	253
84. Îngrijirea pacientului cu incontinență urinară	254
85. Îngrijirea pacientului cu retenție urinară acută.	255
86. Îngrijirea pacientului cu incontinență de fecale	256
87. Îngrijirea pacientului cu tuse și expectorație.	257
88. Îngrijirea pacientului cu ulcer trofic.	258
89. Hidratarea perorală.	259
90. Relațiile asistentei medicale cu echipa de îngrijire	260
91. Regulile de comportare cu cadavrul	261
92. Constatarea decesului.	263
93. Supravegherea și monitorizarea contracțiilor uterine	264
94. Auscultația BCF – băților cardiace ale fătului	265
95. Instalarea cardiomonitorului.	266
96. Tehnica dușului general	267
97. Toaleta lăuzei după naștere	268
98. Prelucrarea ombilicului la nou născut	269
99. Prelucrarea ochilor la nou născut	270
100. Toaleta nazală a nou-născutului	271
101. Profilaxia gonoblenoreii	272
102. Prelucrarea secundară a cordonului ombilical	273
103. Cântărirea nou-născutului prematur	274
104. Îmbrăcarea sugarului	275
105. Prima alăptare	276
106. Îngrijirea cavității bucale la sugar	277
107. Pregătirea locului de lucru a asistentei medicale de gardă	278
108. Transferarea și transportarea pacientului din secția ATI.	279
109. Specificul îngrijirii drenurilor din vezica urinară și rinichi.	280
110. Supravegherea aspectului general al pacientului operat	281
111. Particularitățile îngrijirii pacientului cu insuficiență renală acută.	282
112. Pregătirea și montarea aparatului pentru hemodializă	283
113. Cerințele la internarea pacientului în staționar.	284
114. Deconectarea pacienților de la aparatul „Rinichi artificial“	285
115. Particularitățile îngrijirii pacientului cu Insuficiență Renală Cronică.	286

STANDARD

PREDAREA ȘI PRELUAREA SERVICIULUI DE GARDĂ

Scopul: Ca asistenta medicală de gardă să cunoască și să respecte cerințele la predarea serviciului.

Indicații: La fiecare schimb al serviciului de gardă.

MATERIALE NECESARE:

- Pacienții în saloane
- Documentația medicală
- Obiectele de îngrijire
- Instrumentele medicale
- Aparatele electrice medicale
- Lista cu Îngrijirile și tratamentele neefectuate
- Dulapul cu medicamente
- Safeul cu medicamente (cheia, documentația)
- Setul pentru acordarea I-ajutor

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală care primește serviciul se prezintă cu 15 minute înainte de ora indicată.	Pentru a avea timp să se schimbe, să se pregătească.
2. Schimbarea vestimentației în echipamentul de lucru.	Conform cerințelor.
3. Va prelua serviciul de gardă, iar asistenta medicală din tura precedentă va preda serviciul. 3.1. Vizita bolnavilor în saloane. 3.2. Se vor transmite datele despre pacienții gravi. 3.3. Se precizează îngrijirile, investigațiile și tratamentul efectuate și cele de urgență. 3.4. Se transmit fișele medicale, foile de prescripție medicale și toate registrele de evidență. 3.5. În numerar se transmit instrumentele medicale chirurgicale. 3.6. Se verifică integritatea aparatelor electrice 3.7. Se transmit medicamentele din dulap și safeu împreună cu registrele. 3.8. Se transmite setul de medicamente pentru acordarea I-ajutor. 3.9. Respectarea regimului sanitar — epidemiologic în secție în fiecare tură.	Este obligatorie Pentru îngrijiri continue Pentru a completa tratamentul și a respecta indicațiile. Pentru evidența strictă Conform cerințelor Pentru a le putea folosi Pentru evidența corectă Pentru a verifica completarea Pentru a respecta ordinele MS și DS.
4. Dacă asistenta medicală nu s-a prezentat la serviciu, asistenta medicală din tura precedentă continuă serviciul de gardă.	Sau asistenta medicală superioară va găsi înlocuire.
5. În caz dacă apar diverse situații neclare, asistenta medicală de gardă anunță asistenta medicală superioară din secție.	Se va respecta subordonarea

STANDARD

ÎNGRIJIREA CAVITĂȚII BUCALE LA SUGAR

Scopul: Cu scop de tratament
Pentru aplicarea soluțiilor medicamentoase pe mucoasa bucală

Indicații: În mărgăritărel

MATERIALE NECESARE:

- tavă sterilă
- tampoane de tifon sterile
- mănuși sterile
- soluția de Nistatină
- soluția de Bicarbonat de Na 2%,
- Vit.B6
- Tăviță pentru resturi

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează din foaia de prescripție medicală numele, prenumele copilului și medicamentul necesar.	Pentru a acorda corect îngrijirea
2. Se pregătesc materialele necesare și se transportă lângă copil	Pentru a asigura comoditatea
3. Asistenta medicală spală mâinile, dezinfectează și îmbracă mănușile sterile.	Combaterea infecției
4. Poziția copilului în DD	Se asigură acces
5. O altă persoană fixează căpșorul copilului.	Pentru a evita mișcările și traumarea
6. Asistenta medicală înfășoară tifonul steril pe degetul arătător al mâinii drepte.	
7. Se umezește acest tampon cu una din soluții indicate de medic	Pentru a aplica medicamentul
8. Atenț se deschide gurița și se badijonează cu această soluție mucoasa cavității bucale, limbii.	
9. Se repetă același procedeu după necesitate.	Pentru a spori vindecarea
10. Tampoanele folosite se aruncă în tăvița cu resturi.	Combaterea infecției
11. Se reorganizează locul de lucru	-//-

STANDARD**ÎNGRIJIREA CAVITĂȚII BUCALE ÎN STOMATITE**

Scopul: De a aplica medicamentul prescris pe mucoasa cavității bucale.
De a combate infecția bucală

Indicații: La indicația medicului în inflamația sau ulcerarea mucoasei bucale.

MATERIALE NECESARE:

- mănuși sterile
- tavă sterilă
- tampoane de tifon steril
- sol. medicamentoasă indicată: sol. Furacilină 1: 5000, sol. Iodinol, sol. Vit B12, sol. Nistatină.
- tavă pentru resturi
- prosop sau scutec

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează indicațiile medicului	Ca să cunoască și să pregătească medicamentul necesar
2. Se pregătește materialul necesar și se transferă în salon.	Se asigură comoditatea și acces
3. Asistenta medicală spală mâinile, le dezinfectează și îmbracă mănușile sterile.	Pentru a asigura protecția de infecție.
4. Sub bărbia copilului se așterne un prosop sau scutec.	Pentru a proteja lenjeria
5. Se deschide gurița copilului. Se înfășoară degetul arătător, cu tifon steril, cu mâna stângă se comprimă obrații lângă guriță.	Pentru a menține gurița deschisă
6. Tamponul de tifon steril se va îmbiba cu una din sol. prescrise.	T° lor să fie de t° camerei
7. Îmbibarea se va efectua prin turnarea sol. peste tampon deasupra tăviței pentru resturi.	
8. Atent se întoarce capul copilului pe o parte și se badijonează cu tamponul înfășurat pe deget mucoasa cavității bucale.	Pentru a înlătura depunerile și a îmbiba mucoasa cu medicament
9. Tamponul folosit se aruncă în tăvița pentru resturi.	Combaterea infecției
10. Se repetă badijonarea mucoasei bucale.	Pentru a asigura îmbibarea medicament. În locul inflamației sau ulcerării
11. Se reorganizează locul de lucru.	Se așează toate la locul lor și se dezinfectează
12. Copilul se va așeza comod în pat.	
13. Se repetă procedura înainte de fiecare alimentație.	La indicația medicului

STANDARD

ÎNGRIJIREA CAVITĂȚII BUCALE LA PACIENTUL GRAV

Scopul: Obținerea unei stări de bine a pacientului
Profilaxia infecțiilor cavității bucale

Indicații: Perioada postoperatorie
Starea gravă
Starea inconstientă

MATERIALE NECESARE:

a) *dacă pacientul e conștient:* periuță, pastă de dinți, apă, tăviță renală, prosop, săpun
b) *pentru pacient inconstient:* comprese de tifon sterile, tampoane de vată sterile, deschizătoare de gură, spatulă lingvală, pensă-porttampon, tăviță sterilă, tăviță renală pentru resturi, glicerină sterilă de 20%, sol. Acid boric, mănuși de cauciuc sterile, scutec, prosop.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pacient conștient:	
1.1	E servit pe rând cu toate cele necesare pentru a spăla mâinile apoi dinții și dacă are proteza dentară	În poziția șezând dacă i se permite
1.2	Postura — DLS	Dacă nu se permite în poziție șezândă
1.3	Se fixează în jurul gâtului un prosop pentru a proteja vestimentația	Cu scop de protecție a lenjeriei
1.4	Se așează toate cele necesare lângă pacient	Se asigură comoditate și acces
1.5	Asistenta medicală îi servește cele necesare și-l ajută pe pacient să-și spele mâinile cu săpun, dinții, proteza dentară	Pentru toaleta matinală
2.	Pacient inconstient:	
2.1	Poziția — decubit dorsal, capul într-o parte (DD)	Se va evita pătrunderea apei în căile respiratorii
2.2	Sub bărbie se așează un prosop sau scutec	Pentru a proteja lenjeria
2.3	Se fixează deschizătorul de gură	Ca să avem acces la limbă
2.4	Cu tampoane de tifon îmbibate în sol. de Bicarbonat de Na 2% sau în glicerină boraxată se șterge bine limba	Glicerina menține umiditatea, se șterge bine ca să se înlătore toate depunerile saburale
2.5	Apoi cu alt tampon-bolta palatină	Tamponul folosit se aruncă în tăviță
2.6	Se curăță la fel suprafața internă și externă a arcadelor dentare	Se folosesc mai multe tampoane
2.7	Mișcarea să fie dinăuntru în afară	Se înlătură infecția, depunerile
2.8	Cu un alt tampon se badijonează dinții	Dacă e necesar se repetă
2.9	Se curăță și se ung buzele la fel, cu soluția indicată	Se combate uscăciunea
2.10	Se așează pacientul comod	
2.11	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD

ÎNGRIJIREA OCHILOR LA COPIL

Scopul: Pentru a menține ochii curați
Pentru a combate infectarea lor.

Indicații: Dimineața după somn la toaleta matinală.
În caz de inflamație.

MATERIALE NECESARE:

- tampoane de vată sterile
- tavă sterilă
- mănuși sterile
- tăviță pentru resturi
- apă fiartă

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Poziția copilului culcată în DD sau în poziție șezândă	În dependență de stare și vârsta copilului
2. Se umezește un tampon de vată cu apă fiartă, se stoarce — asistenta medicală are mâinile curate.	Ca apa să nu pătrundă în ochi
3. Se șterge ochiul atent, ușor de la unghiul extern spre unghiul intern al ochiului.	Pentru a înlătura secrețiile, crustele.
4. Tamponul se aruncă la resturi.	Pentru a combate infecția
5. Dacă este necesar se repetă cu alt tampon la același ochi.	Ca ochiul să fie curat
6. La fel se procedează și la celălalt ochi — punctul 2, 3, 4, 5	
7. Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD

ÎNGRIJIREA OCHILOR LA PACIENTUL GRAV

Scopul: De a preveni infecția

Indicații: Pentru a îndepărta secreția
Spălarea ochilor în stare inconștientă
Îngrijirea ochilor în diverse boli

MATERIALE NECESARE:

- sol de Furacilină 1.5000
- tampoane;
- prosop;
- tăviță renală;
- soluție medicamentoasă;
- pipetă;
- mănuși.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Poziția bolnavului culcat în decubit lateral (DL)	Pentru comoditate
2. Dacă starea e gravă - în decubit dorsal (DD), cu capul întors pe o parte	Se asigură acces comod
3. Asistenta spală mâinile	Combaterea infecției
4. Se înmoaie tamponul de tifon în apă fiartă	
5. Se spală ochiul cu mișcare de la unghiul extern spre cel intern	Printr-o singură mișcare, se asigură evitarea pericolului de infecție
6. Se repetă aceeași procedură la același ochi	Resturile se aruncă în tăvița renală
7. Dacă secrețiile nu s-au înlăturat, se repetă pe rând procedura cu tampoane diferite	Tampoane separate pentru fiecare ochi
8. Cu tampoane uscate efectuăm aceeași tehnică.	Se usucă bine ochiul
9. La indicația medicului se vor instila în ochi picături pregătite	Se asigură combaterea infecției și grăbirea tratamentului
9.1 În pipetă se aspiră medicamentul	La indicația medicului
9.2 Cu mâna stângă se ridică pleoapa superioară	Se asigură acces corect
9.3 Iar cu degetul mare pleoapa inferioară în jos.	Se va picura atent
9.4 Se picură în unghiul intern al ochiului 1—2 picături	Soluția să fie de t°-ra camerei
9.5 Tot așa se procedează cu celălalt ochi	
9.6 Se fixează tampoane uscate	Pentru a înlătura resturile de soluție
10. Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD

ÎNGRIJIREA URECHILOR LA COPIL

Scopul: Pentru a menține canalul auditiv extern curat.

Indicații: Pentru a înlătura cerumenul din urechi.

MATERIALE NECESARE:

- Tavă sterilă
- Fitile din vată sterilă
- Apă fiartă
- Tăviță pentru resturi
- Mănuși

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală pregătește necesarul și-l transportă lângă copil	Pentru a asigura comoditatea
2. Poziția copilului culcată în DD sau șezând	
3. Se întoarce capul în partea stângă	Pentru a avea acces mai bun la urechea dreaptă
4. O altă persoană fixează capul copilului	Pentru a evita mișcările și traumarea
5. Asistenta medicală îmbibă fitilul steril în apă fiartă, îl stoarce și cu mișcări rotative introduce atent în canalul auditiv extern.	Cu mâna stângă se trage lobul urechii în jos și lateral
6. Se înlătură fitilul și se aruncă în tăviță pentru resturi	Pentru a combate infecția
7. Se repetă această procedură cu alt fitil.	Până fitilul este curat
8. Se întoarce capul în partea dreaptă.	Pentru a avea acces mai bun la urechea stângă
9. Asistenta medicală repetă aceeași procedură ca în punctul 4, 5, 6, 7.	
10. Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD

ÎNGRIJIREA NASULUI LA PACIENTUL GRAV

Scopul: De a menține o respirație nazală bună

Indicații: Pentru a restabili permeabilitatea căilor respiratorii superioare (CRS)
Pentru a preveni infecția nazală
Când se administrează oxigen prin sonda nazală
Obstrucția nazală.

MATERIALE NECESARE:

- fitile sterile de vată;
- sol Furacilină;
- apă fiartă;
- tăviță renală;
- mănuși.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Poziția bolnavului să fie comodă	
Capul se va întoarce pe o parte	Pentru un acces mai bun
Asistenta spală mâinile	
Îmbracă mănușile	Combaterea infecției
Cu degetul arătător se ridică vârful nasului. Cu fitilul umed introdus într-o nară cu mișcări rotative se înlătură secrețiile	Dacă sunt cruste în nas se lubrefiază cu fitil îmbibat cu glicerină sau ulei steril
Se repetă aceeași procedură până când fitilul e curat	Restul se aruncă în tăvița renală
Se repetă aceeași procedură și la cealaltă nară	Se asigură combaterea infecției
Se face toaleta locală în jurul nasului	Ca pielea să fie curată și uscată.
La indicația medicului se instilează medicamentul în nas.	

STANDARD

ÎNGRIJIREA NASULUI LA COPIL

Scopul: De a asigura respirația nazală liberă
De a înlătura secrețiile

Indicații: Toaleta matinală
În caz de eliminări
În obstrucția nazală

MATERIALE NECESARE:

- fitile sterile de vată
- tăviță pentru resturi
- mănuși sterile
- ulei vegetal fiert

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală pregătește necesarul și-l transportă lângă copil.	Pentru a asigura comoditatea
2. Asistenta medicală spală mâinile și îmbracă mănușile	Pentru combaterea infecției
3. Poziția copilului în DD	
4. O altă persoană fixează cășorul copilului	Pentru a evita mișcările și traumarea
5. Dacă sînt cruste în năsuc se va îmbiba câte un fitil pentru fiecare nară cu ulei fiert.	Pentru a înmuia crustele, ca mai ușor să se elimine
6. Dacă sînt secreții se folosește fitilul uscat.	Pentru a înlătura secrețiile, crustele înmuiate
7. Cu mîna stîngă cu un deget asistenta medicală ridică vârful nasului, iar cu mîna dreaptă cu mișcări rotative introduce fitilul într-o nară.	Până se elimină toate secrețiile
8. La fel se procedează cu cealaltă nară folosind alt fitil steril.	
9. Fitilul folosit se aruncă în tăviță cu resturi.	Pentru a combate infecția
10. În caz de necesitate se repetă același procedeu.	
11. Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD

TOALETA INTIMĂ LA COPIL

Scopul: De a menține pielea și mucoasa regiunii pelviene curată și uscată
Pentru a preveni formarea intertrigoului

Indicații: După fiecare act de defecație
După schimbarea pampersului

MATERIALE NECESARE:

- get de apă curgătoare $t^{\circ} 36^{\circ}—37^{\circ}C$
- lighean
- termometru pentru apă
- săpun pentru copii, lichid
- scutec sau prosop
- masă de înfășat
- pampers curat
- cană sau ulcior
- talc

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Copilul este dezbrăcat parțial	Pentru a avea acces la regiunea pelviană
2. Se verifică t° apei	Să fie 37°
3. Materialele pregătite se așează în salon la îndemână.	Se asigura comoditatea pelviană
4. Copilul este ținut pe mâna stângă a asistentei medicale cu fața în jos.	Se asigură acces
5. Se va asigura un jet de apă de la robinet sau turnat cu cana ca să fie deasupra organelor pelviene.	Nu se admite apa folosită din lighean
6. Se spală bine cu mâna dreaptă folosind săpunul pentru copii.	Pentru a evita iritarea pielii și mucoaselor.
7. La fete se spală organele genitale spre anus, poziția fiind cu fața în sus.	Se schimbă poziția pentru a avea acces mai bun. Se va evita infectarea organelor genitale.
8. Se clătește bine sub un get de apă.	Pentru a înlătura resturile de murdărie și săpun
9. Se culcă copilul pe scutec sau prosop așternut pe masă.	
10. Se usucă bine toată suprafața prin îmbibare sau tamponare.	
11. Se pudrează toată regiune pelviană cu talc.	Pentru a o menține uscată
12. Dacă este prezentă roșeața pielii se va badijona cu crema specială pentru copii.	Are acțiune antiinflamatoare.
13. Se va schimba pampersul sau scutecul curat.	
14. Copilul se va culca în pătuc.	

STANDARD

TOALETA INTIMĂ LA MATURI

Scopul: De a menține curate organele genitale

Indicații: Pentru a menține igiena corporală la bolnavii gravi
După naștere
În incontinență de urină și materii fecale
Înainte de sondajul vezical
În paralizii

MATERIALE NECESARE:

tăviță sterilă, scutec steril, pensă, port-tampon, tampoane sterile de vată, mănuși sterile, tăviță renală pentru resturi, mușama, scutec, plosca, apă fiartă, irigator Esmarh, suport sau stativ pentru irigator, canulă, șorț pentru asistenta medicală, paravan, termometru pentru apă

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea psihică	Pacienta să fie calmă
2.	Materialele necesare sunt transportate lângă bolnavă și se instalează comod.	Se va economisi timpul
3.	Pregătirea fizică a pacientei	
3.1	Poziția culcată în DD	Se asigură comoditate
3.2	Se dezbracă până la brâu	Se asigură acces la organele genitale
3.3	Coapsele depărtate și genunchii flexați	Se asigură poziția comodă.
3.4	Se așterne sub bazin o mușama și scutecul	Pentru a proteja lenjeria și corpul
3.5	Se instalează plosca sub regiunea fesieră	Pentru apa spălăturii
3.6	Pacienta să fie izolată cu paravan	Se respectă intimitatea
4.	Pregătirea asistentei medicale:	Conform cerințelor
4.1	Spălarea mâinilor	
4.2	Îmbracă șorțul	
4.3	Dezinfectează mâinile	Combaterea infecției.
4.4	Îmbracă mănușile sterile	
4.5	Măsoară t° apei	Să fie 36—37°C
4.6	Toarnă apa în irigatorul Esmarh	Volumul — 1l
4.7	Fixează canula la capătul irigatorului, închide clema	Să fie sterilă canula
4.8	Fixează irigatorul pe suport la înălțimea 0,5m mai sus de corp	Ca să fie comod și pentru a forma diferența de presiune
4.9	Instalează suportul în dreapta pacientei	Oferă comoditatea
4.10	Evacuează aerul din irigator	Apoi închide clema
4.11	În mâna dreaptă se ține port-tamponul cu vată sterilă	Pentru a spăla
4.12	În mâna stângă va ține canula de asupra pubisului și se deschide clema	Canula să nu atingă corpul
4.13	Șuvoiul de apă să curgă dinspre pubis spre orificiul anal	Se evită infectarea organelor genitale
5.	Cu mâna dreaptă se spală întâi labiile mari, cu mișcare de sus în jos	Protejează pătrunderea infecției în uretră, vagin
5.1	Se schimbă tamponul și se repetă	Resturile se aruncă în tăvița renală
5.2	Se schimbă iarăși tampoanele de vată și tot așa se spală labiile mici.	Se repetă după necesitate
5.3	Aparte se va spăla orificiul anal cu câteva tampoane de vată	Cu mișcări rotative
5.4	Se tamponează cu tampoane uscate pentru a usca	Resturile se aruncă în tăvița renală
6.	Se instalează capătul irigatorului pe suport	După ce s-a închis clema
7.	Se scoate plosca de sub bazin	
8.	Se înlătură mușama și scutecul	
9.	Se învelește pacienta	
10.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției.

STANDARD**EFFECTUAREA LAVAJULUI VAGINAL ȘI INSTILAREA MEDICAMENTELOR**

Scopul: Cu scop de tratament

Indicații: La indicațiile medicului în vulvovaginite
În prezența eliminărilor vaginale

MATERIALE NECESARE:

masă ginecologică, scutec de unică folosință, tavă pentru resturi, tavă pentru tampoanele folosite, apă oxigenată 6%, mănuși, medicamentul indicat, seringă sterilă de 20 ml., baia de aburi, termometru pentru apă, cateter vaginal steril, tampoane de vată, comprese de tifon sterile, necesarul pentru toaleta intimă, tavă sterilă, pensă sterilă, unguent steril pentru lubrefiere.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale	Pentru a preciza procedura și medicamentele
2.	Se anunță pacienta despre necesitatea procedurii	Se respectă dreptul la informare
3.	Se calmează și se încurajează pacienta	Pentru a reduce teama
4.	Asistenta medicală pregătește tot necesarul	Se asigură comoditate
5.	Spălarea pe mâini, îmbrăcarea mănușilor sterile	Combaterea infecției
6.	Se pregătește tava sterilă	Vezi standardul respectiv
6.1	Se acoperă tava sterilă cu un scutec steril	Pentru a menține sterilitatea obiectelor
6.2	Cu pensa sterilă sub stratul 1 al scutecului se așează tamponul steril de vată, comprese de tifon și cateterul steril	Sunt necesare pentru intervenție
6.3	La fel se instulează sub alt strat al scutecului seringă sterilă încărcată cu medicamentul prescris	Pentru tratament local
7.	Se dezbracă pacienta pentru a dezgoli organele genitale externe	Se asigură acces
8.	Pacienta este instalată în fotoliu în poziția ginecologică	Se asigură comoditate și acces la organele genitale
9.	Sub bazinul pacientei se fixează un scutec de unică folosință	Pentru protecție
10.	Se efectuează toaleta intimă	Vezi Standardul respectiv
11.	Se ia cu pensa sterilă cateterul și se lubrefiază cu unguent steril de Sintomicină	Prin amplasarea unguentului pe cateter
12.	Cu mâna stângă se desfac labiile mari și mici	Pentru a lărgi orificiul vaginal
13.	Atent, cu mișcări de rotație se introduce capătul lubrefiat al cateterului în vagin la 3—5 cm.	Pentru a evita traumarea Ca medicamentul să ajungă în vagin
14.	Se eliberează mâna stângă, pentru a fixa capătul extern al cateterului	
15.	Cu mâna dreaptă se ia seringă cu medicamentul indicat încălzit în prealabil la baia de aburi	Temperatura soluției să fiere t°-ra corpului — 37°C
16.	Se unește amboul seringii cu capătul extern al cateterului	Să se atașeze bine
17.	Se ridică capătul cateterului mai sus de corpul pacientei	Ca medicamentele să pătrundă mai ușor în vagin
18.	Se introduce lent medicamentul indicat prin cateter în vagin	Din seringă, lent
19.	Dacă este indicat lavajul vaginal după ce am introdus medicamentul se coboară în jos capătul cateterului, ca soluția să se elimine	În așa mod se va spăla suprafața vaginului
20.	Cantitatea soluției pentru lavaj este de 20 ml.	
21.	Dacă este indicată instilarea medicamentelor cu scop de tratament după administrare în vagin se extrage cateterul ca medicamentul să rămână acolo	Pentru efect curativ
22.	Pacienta va rămâne 10 min. în aceeași poziție	Ca medicamentul să înceapă să se absoarbă
23.	Apoi pacienta este condusă în salon și respectă regim la pat	Se va facilita absorbția medicamentului
24.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
25.	Toate tampoanele și compresele folosite se dezinfectează în sol. H ₂ O ₂ 6% timp de 1 oră	Pentru combaterea infecției

STANDARD**TOALETA DE DIMINEAȚA A PACIENTULUI POSTOPERATOR**

Scopul: De a ajuta pacientul să respecte igiena corporală.

Indicații: Pacientul după operație;
Starea gravă;
Satisfacerea nevoii de a fi curat.

MATERIALE NECESARE:

- Lighean, săpun;
- Prosop;
- Tampoane de vată;
- Tăviță pentru resturi;
- Mușama;
- Meșe de tifon;
- Apă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală de gardă pregătește materialele necesare și le deplasează la patul pacientului.	Se asigură comoditatea.
2.	Se așterne o mușama.	Pentru protecția lenjeriei.
3.	Poziția pacientului în D.D. sau D.L.	În dependență de starea lui generală.
4.	Se instalează un lighean lângă bolnav.	În care se va scurge apa.
5.	Se îmbibă un tampon mai mare de vată sau o mesă curată de tifon cu apă caldă.	Efectuează asistenta medicală la pacientul grav.
6.	Se va șterge pielea feței: fruntea, obrații, bărbia.	
7.	Cu alt tampon se vor spăla un ochi, apoi celălalt, cu mișcarea de la unghiul extern al ochiului spre nas.	Tampoanele se schimbă la fiecare ochi.
8.	Apoi fața se va șterge cu prosopul pacientului.	În aceeași ordine cum s-a spălat pentru a usca pielea.
9.	Dacă este nevoie se va îngriji cavitatea nazală.	Vezi Standardul.
10.	Se va ajuta pacientul la îngrijirea cavității bucale.	Vezi Standardul.
11.	Apoi se spală o mână și cealaltă de asupra ligheanului sub un șuvoi de apă cu săpun.	Dacă pacientul nu poate, este ajutat de asistenta medicală sau infirmieră.
12.	Se șterg mâinile cu prosopul pacientului.	
13.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției.
14.	Se dezinfectează obiectele folosite.	-/-

Scopul: De a menține pielea curată și a combate infecția.

Indicații: Pentru a menține igiena corporală.
La toți pacienții imobilizați, gravi, sau inconștienți.

Efectele:

- Activează circulația cutanată.
- Creează starea plăcută, de confort.
- Are efect sedativ.
- Înlătură microbii, murdăria.
- Menține toate funcțiile pielii.

MATERIALE NECESARE:

- paravan, mușama, scutec, lighean;
- apă caldă, mănuși pentru baie sau burete;
- șampon;
- cearșaf sau prosoape pentru a șterge capul, corpul, picioarele — 3 în total;
- tăviță pentru resturi;
- lenjerie pentru corp curată;
- un lighean pentru apă curată;
- termometru pentru apă;
- pieptene, foarfece, pilă;
- mănuși și șorț pentru asistentă;
- termofoar.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se pregătesc materialele necesare și se aduc în salon	Se asigură acces comod
2. Pregătirea psihică a pacientului, i se explică importanța	Este anunțat despre necesitatea și importanța procedurii
3. Pacientul să fie de acord	Un dialog pozitiv pentru pacient
4. Dacă refuză îl convingem	Dacă este conștient.
5. Se creează condițiile de mediu:	
5.1 Geamurile și ușa să fie închise	Pentru a evita suprarăcirea, curentul.
5.2 Temperatura camerei 20°—24°C	Se va evita suprarăcirea
5.3 Se pregătește un termofoar	Pentru a încălzi pacientul
5.4 Se instalează paravanul	Se respectă intimitatea.
5.5 Lângă pat să fie un scaun pe care se instalează ligheanul	Pentru comoditate
6. Pregătirea asistentei medicale	
6.1 Îmbrăcată obișnuit în forma de lucru	Se permite fără mănuși, la doleanță
6.2 Spală mâinile	
7. Spălarea capului	Este nevoie de a 2 persoană
7.1 Se instalează capul la marginea laterală a patului	
7.2 Se instalează ligheanul pe un scaunel	În el se va scurge apa
7.3 Sub gât se fixează o mușama, sub ceafă	Un capăt să fie orientat de asupra ligheanului
7.4 Se susține capul și se îndoaie salteaua sub ceafă, protejată de mușama	Ca să ridicăm capul mai sus
7.5 O altă persoană toarnă apă caldă cu cana pentru a umezi părul	T° = 37°C capul rămâne susținut cu mâna stângă
7.6 Asistenta medicală cu mâna dreaptă săpunește părul cu șampon	Se spală bine cu spumă cu mișcări de masaj
7.7 Se clătește cu un get de apă curată	Dacă e necesar se șamponează de 2—3 ori
7.8 Se scurge părul și se șterge cu un prosop	
7.9 Se îndepărtează mușama	
7.10 Se înlătură ligheanul cu resturi	Apa se aruncă. Ligheanul se dezinfectează
7.11 Se susține capul în continuare și se usucă părul cu foenul	În absența lui se usucă în ștergar
7.12 Se piaptână părul în șuvițe mici, începând de la capăt	Resturile se aruncă în tăvița renală. Când se piaptână se așterne un scutec pe umeri pentru a proteja lenjerie

7.13 Se reasează pacientul în poziția comodă	
7.14 Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
8. Toaleta feței	
8.1 Se așterne pe pernă mușama și aleză penru protecție	Capul va fi ridicat cu mâna
8.2 Se întoarce capul pe o parte	Pentru comoditate
8.3 Asistenta medicală spală mâinile	Combaterea infecției
8.4 Se pune apă caldă 2/3 în lighean curat	Sau orice alt recipient curat
8.5 Se măsoară cu termometrul temperatura apei	T° = 37°C
8.6 În jurul gâtului sub bărbie se fixează un prosop	Pentru a proteja lenjeria
8.7 Asistenta medicală îmbracă mănuși speciale, flanșate	Pentru toaleta feței
8.8 Se umezește în apă	
8.9 Se spală ochii de la unghiul extern la cel intern	Pe rând, schimbând poziția capului
8.10 Se clătește mânușa și se repetă încă o dată spălarea ochilor	
8.11 Fruntea se spală de la mijloc spre tâmpile	Se evită pătrunderea apei și infecției în ochi
8.12 Cu mânușa curată cu mișcări circulare se spală regiunea periorală, apoi perinazală, apoi pomeții obrazilor	Se repetă la necesitate
8.13 Cu săpun fața se spală numai la cererea pacientului	
8.14 Se șterge în ordinea cum a fost făcută spălarea	Să se respecte această ordine
9. Toaleta gâtului	
9.1 Atent pacientul este dezbrăcat jumătatea superioară	Se asigură acces comod.
9.2 Mușama și scutecul de sub cap se mișcă mai jos sub gât	Pentru a proteja lenjeria, restul corpului se învelește
9.3 Se spală cu apă și săpun gâtul cu mânușa moale	Se poate folosi burete individual
9.4 Se clătește bine mânușa	
9.5 Se clătește bine pielea gâtului	Se va înlătura spuma și murdăria.
9.6 Se șterge bine cu același prosop (pentru față)	Pentru a preveni suprarăcirea
9.7 Se acoperă gâtul cu un cearșaf	Să fie curat
9.8 Se aruncă apa din lighean	
9.9 Se toarnă apă curată 2/3 volum	
9.10 Se măsoară temperatura apei	T° = 37°C
9.11 Se efectuează spălarea mâinii	
10. Spălarea mâinilor. Îngrijirea unghiilor	
10.1 Se repetă punctele 8.3, 8.4, 8.5, 8.7	Din acest standard
10.2 Se așterne mușama cu aleză sub mână	Pentru a proteja lenjeria
10.3 Se umezește cu apă pielea mîinii de sus spre degete	Se va folosi mânușa flanșată sau buretele personal
10.4 Se va săpuni bine mânușa și se va spăla cu ea pielea umărului, brațului, antebrațului, în fesa auxiliară	Întîi la o mînă apoi la cealaltă
10.5 Se înlătură apoi spuma și murdări cu mânușa sau buretele cu apă curată	La necesitate se va repeta
10.6 Se va șterge apoi cu prosopul curat, pentru corp	Se va înveli mîna pentru a evita suprarăcirea
10.7 Apoi se taie unghiile cu atenție, la nivelul degetului	Pentru a nu se aduna murdăria
10.8 Toate fragmentele tăiate să fie colectate pe o aleză sau prosop	Pentru a nu se răspîndi infecția
10.9 Apoi la fel se spală laba mîinii și degetele cu apă și săpun	La fel cu buretele sau mânușa specială
10.10 Se va clăti bine cu apă curată	Se va înlătura murdăria și spuma
10.11 Se șterge cu prosopul	Să fie pielea uscată bine
10.12 La fel se va spăla și cealaltă mînă	Se repetă p-le 10.2—10.11
11. Toaleta cutiei toracice și a abdomenului	Pacientul să fie dezbrăcat și izolat cu paravan
11.1 Se schimbă apa din lighean sau alt recipient	Să fie curată
11.2 Se așterne sub spatele pacientului mușama și scutec sau un cearșaf	Pentru a proteja lenjeria
11.3 Se umezește bine pielea cutiei toracice în partea anterioară și laterală	Cu buretele sau mânușa curate
11.4 Se va spăla bine cu buretele săpunit sau cu mânușa	Atent, dacă este plagă și pansament – se va ocoli
11.5 Se înlătură cu apa curată și mânușa toată spuma și murdăria	Se uscă apoi bine pielea

11.6 La fel se va proceda și cu partea posterioară a cutiei toracice	Postura pacientului în DL-decubit lateral
11.7 Se readuce pacientul în DD-decubit dorsal	
11.8 Se învelește cutia toracică	Se evită suprarăcirea
11.9 Se va efectua spălarea părții anterioare și a celor laterale ale abdomenului	Vezi punctele 11.1—11.4
11.10 Se usucă bine pielea și se învelește	
12. Toaleta intimă	Vezi standardul respectiv
13. Spălarea picioarelor. Îngrijirea mâinilor	
13.1 Se pregătește tot necesarul	Pacientul să fie dezbrăcat
13.2 Se schimbă apa	Să fie curată, de t ^o -ra camerei
13.3 Se așterne mușama și alege sub un membru inferior	Se va proteja lenjeria
13.4 Se repetă ca și la spălarea mâinilor	Vezi punctele 10.3—10.5
13.5 Se va șterge pielea cu prosopul pentru picioare	Conform cerințelor igienice
13.6 Se taie unghiile de la picioare	Vezi p-le 10.7—10.8
13.7 Se spală la fel laba piciorului și degetele, spațiile inter-digitale	Pentru a înlătura murdăria
13.8 Se șterge pînă la uscat pielea, degetele	Cu prosopul pentru picioare
13.9 Se repetă același procedeu la celălalt picior	Vezi punctele 13.2—13.8
13.10 Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
13.11 Pacientul este învelit bine și rămîne în pat	Să se relaxeze

STANDARD

BAIA GENERALĂ A SUGARULUI

Scopul: De a menține pielea, mucoasele și fanerele curate.
Pentru a combate infectarea pielii

Indicații: Respectarea ordinului în vigoare al MS
După necesitate

Contraindicații: Febra
Starea gravă
Starea înconștientă

MATERIALE NECESARE:

- cădiță pentru baie, dezinfectată
- prosop
- burete moale sau mănușă flaușată
- săpun pentru copii-lichid
- șampon
- foarfece pentru unghii
- pieptene
- lenjerie curată de corp
- măsuță pentru înfășat
- termometru pentru apă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală precizează prezența sau absența contraindicațiilor la copil.	Din fișa medicală, de la mamă, de la medic
2. Se pregătește necesarul în sala de baie.	Pentru a asigura comoditatea
3. Se verifică t° în sala de baie	Să fie +22° +24°C
4. Se evită orice curent.	Pentru a evita suprarăcirea
5. Se toarnă apa în cădiță pentru sugar de 1—6 luni ca să acopere tot corpul până la gât.	Poziția fiind culcată
6. Pentru copil 6—12 luni apa să ajungă mai jos de mamelon.	În poziție sezîndă
7. Se verifică t° apei cu t -rul pentru apă.	Să fie 37°C.
8. Dacă copilul face baie în poziție culcată se așterne un scutec la fund.	Pentru a înveli copilul.
9. Sub cap se așterne un scutec împăturit pentru a ridica căpșorul.	Ca apa să nu pătrundă în căile respiratorii
10. Cu o mână se susține corpul copilului mai jos de nivelul capului.	Pentru a evita pătrunderea apei în ochi, nas, guriță
11. Cu mâna dreaptă se va umezi corpul pe toată suprafață.	
12. Cu buretele sau mănușa moale săpunată se spală bine pielea după urechiușă, gâtul apoi tot corpul, dezvelind treptat copilul.	
13. Fața, ochii se spală atent fără săpun — numai cu buretele sau mănușa umedă.	Pentru a evita pătrunderea în ochi.
14. Se clătește bine tot corpul	
15. Capul se spală cu șampon, atent, fiind aplecat la spate	Se vor proteja ochișorii
16. Se scoate copilul din apă pe un prosop uscat și se usucă bine tot corpul.	Se va instala copilul pe masa de înfășat.
17. Se îmbracă lenjerie curată și se pieptănă.	
18. Dacă unghiile sunt mari se vor tăia înainte de baie	Ca să fie bine înlăturată murdăria de sub unghii
19. Copilul este instalat în pătuc.	Conform ordinului
20. Lenjerie murdară se împachetează în saci de mușama pentru a fi spălată.	
21. Dacă copilul are mai mult de 6 luni se face baia în poziția sezîndă.	
22. Se repetă etapele 8.1—8.4; 8.12—8.16	
23. În caz de necesitate copilului i se face baia igienică mai frecvent.	

STANDARD

SCHIMBAREA POSTURII. SCHIMBAREA PASIVĂ

Scopul: Pentru a preveni escarele
Pentru a preveni staza sanguină
Pentru a îmbunătăți circulația

Indicații: Prima zi după operație
La pacienții imobilizați
La cei inconștienți
La cei cu paralizii

MATERIALE NECESARE:

- 2—3 persoane pentru ajutor
- Pat
- Suluri din pătură
- Plapume

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Întoarcerea pacientului din DD în DL de către 1 persoană	
1.1 Asistenta medicală se află la marginea patului spre care va întoarce pacientul	Pentru comoditate
1.2 Îndoiește brațul din partea opusă peste cutie toracică	
1.3 Așează piciorul pacientului din partea opusă peste celălalt	
1.4 Asistenta medicală se așează în pirostrie cu fața în dreptul toracelui pacientului	
1.5 Cu mâna va mișca piciorul pacientului înainte puțin flectat (îndoit) la genunchi	Piciorul se va sprijini cu genunchiul și gamba de pat
1.6 Apucă cu mâna umărul din partea opusă iar cu cealaltă mână fixează coapsa, șoldul pacientului	
1.7 Asistenta medicală trage atent corpul pacientului spre ea	Poziția asistentei medicale rămâne semișezând
1.8 În timpul întoarcerii asistenta medicală își flectează și fixează bine genunchiul	Pentru a avea putere și sprijin
2. Se recomandă ca întoarcerea pacientului să fie efectuată de 2 persoane	Se procedează la fel
3. Pentru a menține postura în DL sub baziune și spatele pacientului se fixează o pătură făcută sul	Postura se schimbă la 2 ore ziua și la 4 ore noaptea
4. La fel se va proceda pentru a reda postura în DD și în celălalt DL	În prima zi după operație nu se scoală în poziție șezândă

STANDARD

ÎNGRIJIREA PĂRULUI (SPĂLAREA).

Scopul: De a menține părul capului curat

Indicații: Starea gravă. Epuizare.
Imobilitatea, paralizii.
Starea inconștientă.
Pansament ghipsat.

MATERIALE NECESARE:

- lighean pentru cap;
- apă caldă;
- termometru pentru apă;
- prosop;
- mușama;
- șampon sau săpun;
- pieptene;
- scutec (aleză);
- aparat de uscat — foenul.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Se anunță pacientul	Ca să accepte. Se respectă dreptul la informare
Asistentă medicală îmbracă echipamentul conform Standardului pentru îngrijirea pielii bolnavului	Vezi Standardul
Materialele necesare sunt așezate lângă bolnav	Se asigură comoditate
Bolnavul să se afle la marginea patului	Se va proteja așternutul
Se scoate perna de sub cap, ridicând cu o mână ușor capul lui	Permite acces liber la cap
Se susține capul bolnavului și se îndoaie salteaua sub restul saltelei până la gât	Se asigură o poziție mai înaltă, se va proteja salteaua
Se așterne o mușama pe saltea și sub cap, capătul să ajungă în jos, la lighean	Pentru protecție
Sub ceafă se așterne o aleză (scutec)	
Se așează ligheanul pe mușama de pe somieră sau jos la podea	Atunci capătul mușamalei să ajungă în el
Se verifică temperatura apei	t°-ra de + 37°C
Apa să fie într-o cană mare sau ceainic	Pentru a putea turna prin jet
Se toarnă apa atent și se umezește părul	Apa o toarnă altă persoană
Se șamponează și se freționează bine părul cu ambele mâini	Atent ca apa să se scurgă în lighean.
Se masează bine pielea capului	Pentru a activa bine circulația
Se clătește turnând apă	Pentru a înlătura șamponul și murdăria
Se repetă șamponarea și clătirea după necesitate	Ca părul să fie curat
Se scurge bine părul și se șterge cu un prosop	Ca să se usuce bine părul
Se usucă cu acest prosop bine	Se lasă prosopul pe cap
Se reorganizează locul de lucru, prin înlăturarea mușamalei, alezei, ligheanului	Se vor supune dezinfectării
Se așează salteaua, perna, așternutul	Uneori fără pernă
Se instalează pacientul comod în pat	Să se simtă bine
Se usucă părul cu foenul	Dacă este nevoie
Se piaptână părul atent în suvițe	Părul lung se piaptână de la vârf
Se aranjează părul	
Se spală capul o dată la 3—5 zile dacă părul e gras	1 — la 7 zile părul uscat și normal
Zilnic pacientul va fi pieptănat de câteva ori	Să fie, să arate și să se simtă îngrijit

STANDARD

SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP LA PACIENTUL GRAV

Scopul: Pentru a asigura confortul igienic.
Protecția pacientului de infecție.

Indicații: Pentru toți pacienții gravi.

MATERIALE NECESARE:

- Cămașă;
- Pijama;
- Sac de mușama pentru lenjeria murdară;
- Paravan.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se anunță pacientul despre necesitatea schimbării lenjeriei de corp.	Ca să înțeleagă și să accepte.
2.	Asistenta medicală explică pacientului mișcările ce urmează să le facă, dacă poate să se implice.	Motivația pacientului spre colaborare.
3.	Se ajută sau se mișcă pacientul spre marginea patului.	Efortul fizic va fi numai al asistentei medicale. Se respectă intimitatea.
4.	Împreună cu infirmiera se va ridica bazinul pacientului și se trage cămașa spre cap.	
5.	Se ridică apoi trunchiul pentru a ridica cămașa .	Se va dezgoli cutia toracică prin rularea cămășii spre cap.
6.	Apoi pacientul se culcă.	
7.	Atent se ridică cămașa din partea anterioară a cutiei toracice.	Ca să putem scoate un braț.
8.	Apoi se scoate cămașa peste cap și peste celălalt braț.	Cămașa murdară se pune în sacul respectiv conform cerințelor.
9.	Se îmbracă cămașa curată (pijama).	
9.1.	Dacă este nevoie mai întâi se va face prelucrarea igienică parțială a pielii.	Pentru a menține pielea curată.
9.2.	Cămașa se îmbracă pe pielea curată și uscată.	
9.3.	Se îmbracă cămașa peste cap, susținând pacientul de după gât.	
9.4.	Se îmbracă o mână, apoi cealaltă mână ridicând și fixând brațul pacientului	
9.5.	Împreună cu infirmiera, asistenta medicală ridică pacientul ținându-l de cutia toracică.	Pentru a trage cămașa la spate spre mijloc.
9.6.	Se derulează cămașa în jos și în partea din față.	Să nu fie cute.
9.7.	Se ridică apoi bazinul pacientului și se termină așezarea cămășii până la capătul de jos.	
9.8.	Pacientul este învelit.	În dependență de t°-ra în cameră
9.9.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției.

STANDARD**SCHIMBAREA LENJERIEI DE PAT LA COPIL**

Scopul: Asigurarea confortului.
Protecția de infecție.

Indicații: Respectarea ordinelor în vigoare ale MS.
După baia igienică odată cu schimbarea lenjeriei de corp.
În caz de necesitate

MATERIALE NECESARE:

- mănuși de cauciuc
- sac de cauciuc pentru lenjerie murdară
- lenjerie curată

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se pregătește lenjerie curată și se așează pe scaun lângă bolnav.	Se asigură comoditatea
2. Copilul se așează pe un scaun.	Pentru a elibera patul și avea un acces liber
3. Dacă e grav se ia în brațe.	
4. Asistenta medicală sau infirmiera îmbracă mănuși de cauciuc.	Pentru auto protecție
5. Se scoate cearșaful murdar, fața de pernă, cearșaful pentru plapumă și se pune în sacul de mușama.	Protecția de infecție
6. Se scot mănușile.	Pentru a nu răspândi infecția
7. Se îmbracă perna cu fața de pernă curată.	
8. Se așterne cearșaful curat	Să nu fie cute.
9. Se învelește plapuma în cearșaf pentru plapumă.	
10. Se aranjează comod așternutul.	Se asigură comoditatea.
11. Se instalează copilul în pat și se învelește.	Se evită suprarăcirea sau supraîncălzirea.
12. Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției
13. Mănușile folosite se dezinfectează.	Vezi standardul respectiv
14. Asistenta medicală spală mâinile.	-//-
15. Se efectuează curățenia umedă.	-//-
16. Lenjerie murdară se păstrează în încăpere separată	Până la transportarea la spălătorie.

STANDARD

SCHIMBAREA LENJERIEI DE PAT LA PACIENTUL GRAV

Scopul: De a asigura confortul igienic.
De a proteja de infecție.

Indicații: Pentru pacientul postoperator.
Pentru toți pacienții în stare gravă
Pentru pacient în stare inconștientă

MATERIALE NECESARE:

- Cearșaf curat;
- Față de pernă;
- Cearșaf pentru plapumă;
- Mușama;
- Scutec;
- Sac de mușama pentru lenjeria murdară;
- Paravan;
- Mănuși.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală pregătește materialele necesare și le transportă în salon împreună cu infirmiera.	Se asigură comoditatea.
2.	Se instalează paravanul.	Pentru intimitatea pacientului.
3.	Se evită deschiderea ușii și formarea curentului.	Se evită suprarăcirea.
4.	Se pregătește psihic pacientul.	Ca să accepte.
5.	Se explică etapele care urmează.	Dreptul pacientului la informare și participare.
6.	Asistenta medicală se spală pe mâini, le dezinfectează și îmbracă mănușile.	Se asigură protecția personală.
7.	Se dezvelește pacientul.	
8.	Se întoarce în D.L.	
9.	Se rulează cearșaful murdar spre mijloc de-a lungul.	Asistenta medicală și infirmiera — din ambele capete concomitent
10.	Se așterne cearșaf curat la fel prin rulare până la corpul bolnavului	Să nu se atingă de cel murdar
11.	Se întoarce pacientul în celălalt D.L.- pe cearșaful curat	Pacientul va fi susținut cu o mână de personalul medical pentru a evita căderea din pat.
12.	Se scoate cearșaful murdar de-a lungul și se pune în sacul de mușama.	Conform cerințelor
13.	Se menține aceeași poziție a pacientului și se așterne cearșaful curat care a fost rulat până la jumătate.	Se termină de așternut, să fie fără cute
14.	Marginile cearșafului se fixează sub saltea.	Să nu formeze cute, să nu alunece.
15.	Se schimbă cearșaful pentru plapumă.	În mod obișnuit la picioarele pacientului.
16.	Se învelește bine pacientul după instalarea comodă în pat.	Pentru a evita suprarăcirea.
17.	Se schimbă fața de pernă după ce s-a scos cea murdară. În secția Terapie intensivă și reanimare pacienții sunt instalați în pat fără pernă.	Se pune în sacul special, conform Standardului.
18.	Se dezinfectează mușama de sub bazinul pacientului.	Combaterea infecției.
19.	Scutecul murdar se pune în sacul pentru lenjeria murdară.	
20.	Se schimbă, se așterne scutec curat.	Pacientul va fi ridicat și susținut de către asistenta medicală și infirmieră.
21.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției.

STANDARD**MĂSURĂRILE ANTROPOMETRICE LA COPIL**

Scopul: Aprecierea stării de nutriție a copilului
 Pentru a supraveghea masa corporală și înălțimea
 Pentru a stabili devierile în dezvoltare și creștere a copilului.

Indicații: Conform cerințelor la fiecare copil spitalizat

MĂSURILE NECESARE:

- Cântar
- Scutec
- Antropometru de lemn
- Foaia de prescripții medicale
- Soluție de apă oxigenată 3%
- Meșă
- DÎN — dosarul de îngrijiri Nursing

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se anunță mama despre necesitatea controlului masei corpului. 2. Se dezinfectează suprafața cântarului cu sol apă oxigenată 3% de două ori cu interval de 15 min. 3. Se verifică exactitatea balanței cântarului. 4. Dacă este necesar se echilibrează balanța. 5. Se închide clema de la brațul balanței. 6. Se așterne un scutec pe cântar. 7. Copilul este dezbrăcat complet. 8. Se instalează copilul pe cântar în poziție culcată sau șezând. 9. Se deschide clema. 10. Se urmărește acul indicator al cântarului și se fixează cifra. 11. Se închide clema. 12. Copilul este îmbrăcat și instalat în pat. 13. Scutecul este pus la dezinfectare.	Ca să accepte și să colaboreze Combaterea infecției, cu o meșă curată Folosind sistemul de corecție. Pentru a imobiliza. Pentru a proteja copilul. În dependență de vârstă. Care indică masa corporală
14. Se notează valorile masei corpului în foaia de prescripții medicale și DÎN. 15. Măsurarea înălțimii. 15.1 Se dezinfectează suprafața antropometrului. 15.2 Copilul este culcat fără a fi dezbrăcat. 15.3 Se fixează și se îndreaptă corpul copilului, mâinile și picioarele. 15.4 Se fixează cursorul antropometrului la creștetul copilului. 15.5 Se memorează cifra 15.6 Copilul se eliberează și se transferă în pat. 15.7 Valoarea înălțimii determinate se notează în foaia de prescripții medicale, sau fișa medicală și în DÎN.	La fel și meșa folosită la dezinfectarea cântarului La fel și în foaia de t°-ră Cu sol. Apă oxigenată 3% cu interval de 15 min. de 2 ori Pentru a determina lungimea reală Lungimea se determină în cm.

STANDARD

DETERMINAREA MASEI CORPORALE (MC) ȘI A ÎNĂLȚIMII LA MATUR

Scopul: De a supraveghea starea de nutriție a pacientului.
De a determina raportul înălțimii corporale cu masa corporală

Indicații: La toți bolnavii spitalizați
— pentru calcularea valorii calorice
— supravegherea evoluției bolii
— supravegherea edemelor
— stabilirea dozei terapeutice
— calcularea MCI — masei corporale ideale

MATERIALE NECESARE:

— cântar medical obișnuit sau electronic
— antropometru sau taliometru
— fișa de ambulator
— fișa medicală
— DÎN

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
I. Determinarea masei corporale		
1.	Se anunță pacientul despre necesitatea cântăririi	Se respectă dreptul la informație
2.	Se preîntâmpină să nu mănânce dimineața	Pentru a determina masa corporală reală
3.	Să se evacueze intestinul și vezica urinară	Conform cerințelor
4.	Se pregătește cântarul:	
4.1	Se deschide clema balanței de pe cântar	Se asigură mobilitatea indicatorului
4.2	Se verifică balanța cântarului	Ca să fie echilibrată
4.3	Dacă este necesar se echilibrează balanța cu ajutorul sistemului de corecție	Pentru a fie corectă și echilibrată
4.4	Se închide clema de la brațul balanței	Se va imobiliza acul indicator.
5.	Se invită pacientul să se urce pe cântar	Să fie îmbrăcat ușor și fără încălțăminte
6.	Se deschide clema de la brațul balanței	
7.	Se mișcă greutatea de pe scara gradată	Dacă e cântarul obișnuit
8.	Se urmărește echilibrul balanței la greutatea respectivă	Cifrele în grame și kilograme
9.	Dacă se folosește cântar electronic nu se efectuează etapa 4, 6, 7 și 8	Deoarece indică pe ecran cifra masei corporale
10.	Se fixează cifrele masei corporale	Se vor citi cifrele de pe scara gradată
11.	Se închide — se imobilizează din nou brațul balanței	
12.	Pacientul coboară de pe cântar și se îmbracă	Dacă e grav va fi ajutat
13.	Se notează valorile MC în fișa de ambulator sau în fișa medicală	Și în foaia de t°-ră
14.	Se anunță pacientului valorile MCR (masei corporale reale)	Ca să fie informat și să supravegheze MC
II. Măsurarea înălțimii corporale (taliei)		
1.	Se anunță pacientul despre necesitatea acestei investigații	Se respectă dreptul la informare
2.	Se invită pacientul să se descâlce	Pentru a stabili înălțimea reală
3.	Se așează pacientul în picioare cu spatele la antropometru- taliometru	Se asigură determinarea corectă
4.	Să fie picioarele împreună cu călcăiele lipite de antropometru	
5.	Capul și coloana vertebrală să fie drepte, ceafa și omoplatul lipit de antropometru	
6.	Se coboară cursorul antropometrului — taliometrului până atinge capul bolnavului	Pentru a fixa înălțimea
7.	Se citește înălțimea în centimetri pe tija gradată	Pentru a fixa datele
8.	Bolnavul este liber, se îmbracă și se încălță	Dacă e nevoie este ajutat
9.	Se notează valorile înălțimii corporale ca și masa corporală	
10.	Se reorganizează locul de lucru	

STANDARD

ÎMBRĂCAREA ȘI DEZBRĂCAREA COPILULUI

Scopul: Pentru a schimba lenjeria de corp.
Pentru a proteja corpul.

Indicații: În caz dacă copilul nu este capabil să se îmbrace și dezbrace singur
Dacă copilul prezintă o dificultate la îmbrăcare și dezbrăcare.

MATERIALE NECESARE:

- lenjerie de corp curată.
- Vestimentație curată: cămașă, rochiță, ștrampi, pantaloni, bluză, ciorapi, șosete, sandale, ciupici.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Dezbrăcarea pacientului. 1.1 Spălăm mâinile 1.2 Se explică necesitatea procedurii. 1.3 Se așează în poziție șezândă. 1.4 Se ajută la scoaterea cămășii. 1.5 Dacă cămașa are nasturi întâi se descheie nasturii. 1.6 Dacă o mână este afectată se dezbracă întâi mâna sănătoasă apoi bolnavă. 1.7 Se scoate apoi lenjeria de corp — maioul. 1.8 Copilul se culcă în decubit dorsal - (DD) 1.9 Se scot pantalonii sau ștrampii — întâi la un picior apoi la alt picior. 1.10 Se scoate lenjeria de corp. 1.11 Copilul este învelit. 1.12 Lenjeria murdară se va pune în saculețe individuale. 2. Baia igienică generală sau parțială. 3. Îmbrăcarea copilului. 3.1 Spălarea pe mâini a asistentei medicale. 3.2 Se așează lenjeria de corp lângă pacient. 3.3 Poziția copilului în DD 3.4 Se îmbracă întâi chiloții. 3.5 Se învelește copilul – partea inferioară. 3.6 Se îmbracă maioul, apoi cămașa. 3.7 Se îmbracă mâna bolnavă, apoi cea sănătoasă 3.8 Se ridică copilul în poziție șezândă. 3.9 Se așează bine cămașa la spate. 3.10 Se culcă copilul în DD. 3.11 Se dezvelește corpul 3.12 Se îndoaie piciorul la genunchi și atent se îmbracă ștrampii la un picior apoi la celălalt. 3.13 La fel se îmbracă pantalonii. 3.14 Apoi copilul este ridicat în regiunea bazinului. 3.15 Se ridică ștrampii, pantalonii până la talie. 4. Șosetele-ciorapii se îmbracă — se dezbracă pe rând la un picior apoi altul. 5. Copilul va fi încălțat sau parțial ajutat să se încălțe în ciupici, sandale. 6. Copilul va fi învățat și ajutat la încheiat și descheiat nasturii, centura. 7. Dacă copilul respectă regim la pat va fi îmbrăcat numai în lenjeria de corp și învelit.	Protecția de infecție Ca să accepte și să colaboreze Pentru comoditate Pentru protecție Pentru a evita suprarăcirea. Pentru a nu răspândi infecția. În dependență de starea copilului. Vezi Standardul. Pentru a combate infecția. Se asigură comoditatea. Pentru a evita suprarăcirea. Pentru a o proteja. Pentru acces la membrele inferioare. Pentru a putea ridica ștrampii, pantalonii Ca să fie comod

STANDARD SPĂLAREA DINȚILOR

Scopul: Pentru a menține igiena dinților și cavității bucale.
Formarea deprinderilor de igienă la copil.

Indicații: Se indică pentru toți copiii de la 2 ani.

Contraindicații: Inflamații, ulceratii în cavitatea bucală.
Dureri dentare.
Hemoragii gingivale.

MATERIALE NECESARE:

- periuță de dinți individuală moale
- pahar individual.
- Pastă de dinți sau praf pentru copii.
- Apa de temperatura camerei
- Chiuvetă
- Dacă copilul e grav — tăviță renală sau lighean.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se explică copilului necesitatea și importanța spălării dinților.	Să înțeleagă și să accepte.
2. Se va învăța să pregătească necesarul.	Ca să-și formeze deprinderi.
3. Periuța de dinți să fie moale și specială pentru copii.	În dependență de vârstă.
4. Se învață copilul să țină corect periuța în mână.	Pentru a forma deprinderi corecte.
5. Periuța se înmoaie în apă.	Apa se aruncă.
6. Se aplică pasta pe periuță.	
7. Se va lua o gură de apă și se clătește gura.	Pentru a înlătura depunerile de pe suprafața dinților.
8. Periuța se apropie de dinți și se fac mișcări de curățare sub un unghi de 45 grade.	
9. Mișcările se fac diverse: de sus în jos, de jos în sus, rotative.	Se vor înlătura toate depunerile și infecția.
10. Durata periajului dinților 3—4 min.	Pentru a înlătura depunerile și a îmbunătăți circulația.
11. Se clătește gura cu apă de temperatura camerei.	Apa se scuipe în chiuvetă sau tăviță renală.
12. Cu periuța curată se fac mișcări de badijonare pe mucoasa gingiilor și limbii.	
13. De a evita atingerea cu periuța a rădăcinii limbi.	Pentru a evita iritarea ei și voma.
14. Se clătește bine periuța și se păstrează în paharul individual.	Protecție de infecție. Menținerea igienei.
15. Copilul să spele dinții de 2 ori/zi.	Conform sfaturilor stomatologului
16. După spălare și clătire se va șterge gurița.	Igiena guriței

STANDARD SUPRAVEGHEREA RESPIRAȚIEI

Scopul: E un indiciu, care ajută la stabilirea diagnosticului, aprecierea evoluției bolii, operației, complicațiilor.

Indicații: Examinare obligatorie pentru toți pacienții.
Elemente de apreciat: frecvența, ritmul, profunzimea respirației, tipul respirației.

MATERIALE NECESARE:

- Ceas cu secundar;
- foaie de examinare; de reanimare.
- Foaie de temperatură.
- D.Î.N.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pacientul se află în decubit dorsal = D.D.	Se vor observa mai bine mișcările cutiei toracice
2.	Se fixează mâna asistentei medicale cu partea palmară pe cutia toracică (să fie îmbrăcat ușor).	Se comunică cu pacientul pentru a-l calma.
3.	Se fixează timpul.	
4.	Se numără fiecare inspirație timp de 1 minut..	Frecvența, ritmul, tipul, profunzimea respirației.
5.	Se notează valorile cifrice în foaia de reanimare și cea de temperatură, în D.Î.N.	Atenție! Asistenta medicală va ține cont de faptul că febra la fiecare 1° de creștere a t°-rii majorează frecvența respirației cu 3—5pe minut.

STANDARD SUPRAVEGHEREA ȘI NOTAREA RESPIRAȚIEI LA COPIL

Scopul: Se va urmări frecvența, tipul și profunzimea respirației cu scop de evaluare periodică și finală

Indicații: La toți bolnavii
Prin monitorizare la bolnavii gravi

MATERIALE NECESARE:

- ceas cu secundar
- foaia de t°-ră
- dosarul de îngrijire

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se dezvelește pacientul	Se asigură acces la cutia toracică
2. Se creează poziția comodă în DD sau șezând	
3. Se urmăresc mișcările cutiei toracice și se numără timp de 1 min.	Se determină frecvența
4. Se observă respirația nazală și bucală	
5. Se stabilește tipul respirației	
6. Se urmărește profunzimea mișcărilor cutiei toracice	
7. Se determină absența sau prezența tirajului intercostal sau supraclavicular.	
8. Se notează FR în foaia de t°	Este notarea cifică
9. Se notează în dosarul de îngrijire frecvența, tipul și profunzimea respirației	
10. Se învelește pacientul	Pentru a evita suprarăcirea

STANDARD MĂSURAREA ȘI NOTAREA PULSULUI

Scopul: De a supraveghea funcția inimii.

Indicații: Ca examinare obligatorie pentru toți bolnavii.

MATERIALE NECESARE:

Ceas cu secundar, foaie de reanimare, foaie de temperatură, dosar de îngrijiri nursing.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea psihică a bolnavului.	Ca să fie calm.
1.1	Bolnavul va fi anunțat.	Se respectă dreptul la informare.
1.2	Bolnavul va fi calmat și i se va explica modul și necesitatea determinării.	Pentru a evita emoțiile care modifică pulsul.
2.	Pregătirea fizică a bolnavului — brațul mâinii se va sprijini la cot.	Se va aștepta 5 minute pentru a se relaxa mușchii.
3.	Asistenta medicală va spăla mâniile.	Evitarea riscului de infectare.
4.	Asistenta medicală fixează mâna dreaptă cu 3 degete pe artera radială.	Mâna pacientului va fi fixată la cot și relaxată.
4.1	Se fixează degetul arătător, mijlociu și inelar.	Unghiile să fie tăiate scurt pentru a nu trauma.
4.2	Se fixează degetul pe arteră ca să o comprime de osul radial în șanțul radial.	Se va palpa numai artera radială.
4.3	Degetele să fie situate corect. Degetul arătător al asistentei medicale să fie situat la baza degetului mare al pacientului.	Se asigură precizie
4.4	Se apasă concomitent artera cu cele 3 degete, cu aceeași putere.	Se asigură o supraveghere mai bună.
5.	Se fixează timpul.	
6.	Se numără pulsațiile timp de 1 minut.	E de dorit ca pulsul să se măsoare la ambele mâini. Se va asigura o interpretare amplă a pulsului.
7.	Se mai determină ritmul și puterea pulsului.	
8.	Bolnavul revine la poziția respectivă în pat.	Atenție! Se va ține cont de faptul că în febră la fiecare 1° de mărire a temperaturii mai sus de 37°C pulsul se accelerează cu 8—10 pulsații pe minut.
9.	Asistenta medicală notează valorile pulsului cifric și grafic în documentația respectivă.	

STANDARD

SUPRAVEGHEREA PULSULUI ȘI NOTAREA LA COPIL

Scopul: De a obține informații despre starea funcțională a inimii și vaselor sangvine

Indicații: În caz de necesitate

MATERIALE NECESARE:

- Ceas cu secundar
- Foaie de t°-ră
- Dosarul de îngrijire

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Mama este informată despre necesitatea acestei examinări	Ca să înțeleagă și să coopereze
2. La copil sugar se recomandă supravegherea bătăilor inimii și interpretarea lor.	Permite o determinare mai precisă a funcției cardiace
3. Copilul este dezbrăcat la cutia toracică partea anterioară.	Pentru acces mai comod la inimă
4. Asistenta urmărește cu ochii pentru a fixa șocul cardiac sau șocul apexian.	La copii se observă bătăile inimii vizibile
5. Dacă este necesar asistenta medicală va palpa regiunea cordului cu degetul arătător și mijlociu a mâinii drepte.	Se cere ca asistenta medicală să palpeze având mîna curată, caldă și unghiile scurt tăiate.
6. Se fixează timpul și se numără bătăile cardiace timp de 1 min.	De asemenea la copilul mai mare de 1 an.
7. La sugarul mai mare este posibilă palpația pulsului la artera radială cu un deget.	
8. Cifrele activității cardiace timp de 1 min. se notează în dosarul de îngrijire, foaia de t°-ră, fișa de observație.	
9. După examinare copilul este îmbrăcat și se instalează comod în pătuc.	

STANDARD

MĂSURAREA ȘI NOTAREA TEMPERATURII

Scopul: Evaluarea funcției de termogeneză și termoreglare

Indicații: La toți bolnavii ca o procedură obligatorie de 2 ori pe zi
Sau mai frecvent, la indicația medicului.

Locul: La maturi: fosa axilară, plica inghinală, cavitatea bucală, rect, vagin.

MATERIALE NECESARE:

- Termometru individual;
- Tampoane de vată sau comprese de tifon sterile;
- Recipient cu soluție 3% apă oxigenată;
- Foaie de temperatură, caiet de temperatură, fișa de reanimare, dosarul de îngrijiri nursing;
- Tăviță renală;
- Alcool 70°;
- Ceas;
- Pix.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea materialelor necesare.	Se asigură comoditate
2.	Se verifică termometrul dacă este integru și dacă funcționează.	Se evită pericolul de traumatism
3.	Pregătirea psihică a pacientului.	Să fie anunțat și relaxat.
4.	Pregătirea fizică a pacientului.	
4.1	Este așezat comod în D.D. sau șezând.	
4.2	Se ridică brațul.	În dependență de starea generală
4.3	Se șterge bine fosa auxiliară de transpirație.	Se folosește o compresă de tifon sau prosopul pacientului.
5.	Asistenta medicală spală mâinile	Protecția de infecție.
6.	Se ține termometrul în mâna dreaptă și se clătește cu apă.	Este scos din sol. de apă oxigenată 3%.
7.	Se usucă atent termometrul cu un tampon de vată sau tifon.	
8.	Se scutură atent termometrul ținând strâns ca un creion în mâna dreaptă.	Cu mișcări rapide; să se evite lovitura.
9.	Se verifică dacă nivelul coloanei de mercur a coborât în rezervor.	
10.	Se instalează termometrul cu rezervorul de mercur în centrul fosei axilare.	Termometrul să fie paralel cu toracele
11.	Se apropie brațul de corp pentru a fixa termometrul.	Dacă pacientul este agitat asistenta medicală va fixa brațul pacientului.
12.	Se fixează timpul.	
13.	Se măsoară timp de 5 minute.	
14.	Peste 5 minute se scoate termometrul.	Dacă locul este cavitatea bucală, rect sau vagin durata este de 2 minute.
15.	Se citește cifra la nivelul căreia s-a ridicat coloana de mercur.	Este valoarea temperaturii în grade și zecimi de grade
16.	Se șterge termometrul cu tampon de vată cu alcool.	Se asigură dezinfecția, distrugerea microbilor.
17.	Se spală bine termometrul.	Combaterea infecției.
18.	Se păstrează în sol. apă oxigenată 3% sau conform ordinelor MS în vigoare	Să fie total scufundat în sol. apă oxigenată 3%;
19.	Se notează cifra temperaturii în caietul de temperatură sau în documentul respectiv.	
20.	Se notează grafic t° în foaia de temperatură.	În condiții de spital.
21.	Se reorganizează locul de lucru.	

STANDARD

MĂSURAREA ȘI NOTAREA TEMPERATURII CORPULUI LA COPIL

Scopul: De a supraveghea valorile temperaturii corpului.
Pentru a stabili evoluția bolii și funcția de termoreglare.

Indicații: Conform cerințelor pentru copilul spitalizat de 2 ori pe zi dimineața și seara.
În caz de febră se măsoară fiecare 30 min.

MATERIALE NECESARE:

- Un recipient curat pentru sol. dezinfectantă; termometrul în poziție verticală
- Prosop sau scutec
- Tăviță renală
- Foaie de prescripții medicale
- Foaia de temperatură

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală pregătește materialul necesar și-l transportă lângă pacient.	Se asigură comoditatea
2. Se verifică termometrul dacă este integru.	
3. Se ține în mâna dreaptă și se scutură ușor.	Pentru ca nivelul mercurului să coboare în rezervor.
4. Se șterge termometrul cu un prosop.	Pentru a înlătura Sol. dezinfectantă
5. Se roagă mama să țină copilul.	
6. Termometrul se așează în fosa axilară în așa mod ca rezervorul de mercur să se afle în mijlocul ei.	Pentru eficacitatea termometriei
7. Mama va fixa mâna de corp.	Să nu facă mișcări ca să nu cadă termometrul.
8. Se fixează timpul și se măsoară temperatura 5 min.	Durata conform cerințelor
9. Apoi se scoate termometrul și se citește pe gradația termometrului cifra la nivelul căruia a urcat coloana de mercur.	Se citesc indicii temperaturii în grade și zecimi de grade.
10. Termometrul folosit se scutură atent pentru ca să coboare coloana de mercur.	
11. Apoi se instalează într-o tăviță pentru dezinfectare.	Prin scufundare în soluție dezinfectantă
12. Copilul se va așeza comod în pat dacă a fost dezbrăcat se va îmbrăca.	— 30 min.
13. Asistenta medicală va nota cifrele valorice temperaturii în foaia de prescripții medicale.	Sau în caietul pentru t°
14. Notarea grafică a temperaturii asistenta medicală o efectuează în foaia de temperatură dimineața și seara.	În fiecare zi este notată cu data respectivă.
15. Cu pix albastru printr-un punct se accentuează valoarea temperaturii, iar la unirea acestor puncte se formează curba termică.	
16. În foaia de temperatură sunt notate gradele de t° 1C° — include 5 pătrățele mici.	
17. O zecime de grad ocupă o jumătate de pătrățel iar punctul se va pune în despărțitura separată pentru dimineața și pentru seara în fiecare zi.	
18. Se păstrează termometrele dezinfectante într-un vas de sticlă, 2/3 din lungimea termometr. Se află în sol. dezinfectantă.	Conform cerințelor ordinelor în vigoare ale MS

STANDARD MĂSURAREA ȘI NOTAREA TA

Scopul: De a supraveghea modificările funcției inimii și a vaselor sanguine

Indicații: Este o examinare obligatorie pentru toți bolnavii

MATERIALE NECESARE:

Tensiometru cu sfigmomanometru, fonendoscop, tampon de vată cu alcool, foaie de temperatură, pix roșii și albastru, D.Î.N.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se pregătesc materialele necesare	Se asigură comoditate
1.1	Se verifică dacă funcționează tensiometrul	Să fie integru aparatul
2.	Se pregătește bolnavul psihic, se anunță, se calmează	Emoțiile influențează valorile TA
3.	Pregătirea fizică a pacientului	
3.1	I se explică procedura	Se asigură calmarea pacientului
3.2	Se lasă să se relaxeze timp de 10—15 min.	
3.3	Se ridică mâneca pentru ca brațul să fie total liber	Să nu strângă mâneca, țesuturile și vasele
4.	Măsurarea TA:	
4.1	Asistenta medicală spală mâinile	Combaterea infecției
4.2	Se așează tensiometrul lângă bolnav, comod	Ca pacientul să nu vadă gradațiile de pe ecranul sfigmomanometrului
4.3	Se fixează manșeta pe braț	Se permite ca sub manșeta să încapă liber un deget, adică să nu fie fixată strâns
4.4	Manșeta se fixează cu 3—5 cm mai sus de plica cotului	Să nu comprime vasele din plica cotului
4.5	Se fixează mâna pacientului comod în extensie la cot.	Ca să se relaxeze mușchii
5.	Se dezinfectează membrana fonendoscopului cu tamponul de vată îmbibat cu alcool, care se aruncă la deșeuri	Combaterea infecției
6.	Se închide clema de la pară de cauciuc.	Se va ține în mâna dreaptă
7.	Se fixează membrana fonendoscopului pe artera humerală din plica cotului	Se va fixa cu mâna stângă
8.	Se fixează olivele fonendoscopului în urechi	Pentru auscultație
9.	Cu mâna dreaptă se pompează prin pară aer în manșetă	Se pompează până la dispariția zgomotului la arteră
10.	Lent se decomprimă aerul din manșetă	Prin deschiderea lentă a clemei de la pară
11.	Se fixează pe ecran cifra TA atunci când apare primul zgomot la arteră	Se memorează cifra TA sistolice (maxime)
12.	Se continuă decomprimarea și se va fixa cifra ultimei unde pulsatile (ultimul zgomot de pe a. Humerală).	Se va memoriza cifra TA diastolice (minime)
13.	Se evacuează tot aerul din manșeta	
14.	Se așteaptă câteva minute	Valorile TA sunt ușor influențate de emoții, efort, postură
15.	Se repetă măsurarea încă de 2 ori cu intervale 2—3—5 minute	Se asigură valorile care sunt mai aproape de realitate
16.	Se va calcula media de la cele 3 măsuri	
17.	Se îndepărtează manșeta de pe brațul bolnavului	Se va măsura la fel și la mâna cealaltă
18.	Se reorganizează locul de lucru	
19.	Se notează valorile TA cifric și grafic	În foaia de t°-ră, în DÎN
20.	Se interpretează valorile totale	Atenție! Valorile reale ale TA sunt cele măsurate imediat după trezirea din somn, dimineața deoarece nu sunt influențate de nici un factor.

STANDARD

MĂSURAREA DIUREZEI TOTALE.

Scopul: De a supraveghea funcția renală

Indicații: La toți pacienții în perioada postoperatorie pentru a măsura diureza totală după indicația medicului.

MATERIALE NECESARE:

Sonda vezicală sterilă fixată stabil; (vezi Standardul)

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
După sondajul vezical sonda rămâne pe 24 ore	Este set de unică folosință steril
Se fixează de coapsă, se unește cu prelungitorul	Se asigură comoditate
Capătul sondei se instalează în recipient	
Se fixează timpul	
Se urmărește cantitatea de soluție administrată prin perfuzie	E necesar de a calcula tot volumul de lichid consumat
Se verifică peste o oră: — A fost perfuzat — 200 ml — S-a eliminat urină — 100 ml	Se constată că diureza este puțin scăzută
Tot așa se face calcul la sfârșitul perfuziei	A fost perfuzat 1200 ml, eliminat urină 900 ml
La fel se procedează o dată în 24 ore	Diureza este normală. În prima zi pacienta nu se hidratează peroral
Asistenta medicală va nota în registru special rezultatele supravegherii diurezei după perfuzie și peste 24 ore.	

Definiție Bilanțul hidric este menținerea unui echilibru între pierderile de apă și cantitatea de lichid administrată

Scopul: De a supraveghea raportul lichidului consumat și a celui eliminat.

Indicații: În toate stările grave;
În deshidratare, în febră;
Perioada postoperatorie.

MATERIALE NECESARE:

Vas pentru recoltarea urinei să fie gradat, se măsoară volumul tuturor lichidelor consumate inclusiv cu alimentația lichidă.

De reținut!

- Pentru fiecare grad de temperatura mai mare de 37° se va calcula o pierdere suplimentară de 500 ml apă.
- Se notează de câte ori a fost schimbat un pansament și gradul de îmbibare. În pansament abundent îmbibat indică pierderea aproape a 500—700 ml apă.
- Eliminarea apei din organism prin urină 1000—1500 ml în 24 ore.
- Prin transpirație se elimină 200—1000 ml în 24 ore.
- Prin intestin cu scaunul 100—200 ml.
- Prin aerul expirat sub formă de vapori de apă se elimină 350—500 ml.

Bilanțul hidric se notează timp de 24 ore

Exemplu:

Intrări	Cantitatea	Ieșiri	Cantitatea
Băuturi + alimente	1300 ml	Urină	1000 ml
Perfuzii	500	Scaun	100 ml
Metabolism celular	300	Vomă	100
		Transpirație	300
		Aer expirat	200
		t° — 38	400
Total	2100	Total	2100

Interpretare: Bilanțul hidric e echilibrat.

Se menține o hidratare constantă.

Dacă intrarea e de 2100 ml, iar ieșirea 3000 ml e egal cu un dezechilibru, deoarece se pierde mai mult lichid decât se consumă.

Dacă intrarea e 2100 ml, iar ieșirea 1600 ml (e mai mică), e un dezechilibru, se indică reținerea, adică e excesul volumului de lichid. Aceasta ne indică o hiperhidratare. Apar edeme. Se cere scăderea aportului de apă și sare.

STANDARD**APLICAREA COMPRESEI TERAPEUTICE LA COPIL**

Scopul: De a aplica local compresa cu medicamente cu scop de tratament.

Indicații: În caz de formare a infiltratului după injecția i/m.
 În caz de administrare i/m cu reacția locală a soluției de magneziu.
 În caz de pătrundere a medicamentelor subcutan în timpul perfuziilor sau injecțiilor i/v.

MATERIALE NECESARE:

- șervețel de tifon în 4—6 straturi
- hârtie cerată sau o fâșie subțire de polietilenă.
- strat de vată.
- Fașă de tifon
- Scutec
- Sol. medicamentoasă indicată

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală va preciza locul aplicării compresei. 2. Se informează mama copilului despre necesitatea procedurii. 3. Materialele necesare pregătite asistenta medicală le transportă lângă pacient. 4. Se îmbibă cu soluția medicamentoasă pregătită primul strat al compresei tifonul în 4—6 straturi. 5. Mărimea primului strat să corespundă suprafeței din locul unde se aplică. 6. Peste primul strat se aplică al doilea strat hârtia cerată sau polietilenă. 7. Suprafața stratului doi să fie cu doi cm. mai mare decât cea a stratului unu. 8. Se aplică deasupra un strat gros de vată — este stratul trei al compresei. 9. Suprafața acestui strat să fie mai mare cu doi cm. decât stratul doi. 10. Toate celea trei straturi se vor fixa: 10.1 La plica cotului cu o fașă de tifon. 10.2 Pe regiunea fesieră cu un scutec în păturit și fixat bine ca să mențină compresa. 11. Compresa se aplică seara pentru toată noaptea. 12. În regiunea fesieră, compresa se aplică până la următoarea injecție i/m. Apoi se aplică o altă compresă. 13. După scoaterea compresei se examinează efectul obținut	Regiunea fesieră, plica cotului, fața dorsală a mâinii. Ca să accepte și să colaboreze Se asigură comoditatea Temperatura soluției la temperatura camerei Pentru a evita evaporarea și uscarea stratului întâi. Are acțiune antiinflamatoare și resorbtivă, calmantă.

Scopul: Ca remediu terapeutic cu efect antiinflamator, analgetic, decongestional, rubefiant, vasodilatator

Indicații:

1. În gripă, răceală — pe cutia toracică, pe gambe
2. În pneumonie și bronșită — pe cutia toracică
3. În criza hipertensivă — pe regiunea occipitală
4. În angina pectorală — pe regiunea inimii
5. În durerile nevralgice — pe locul durerii sciatică în nevrite

MATERIALE NECESARE:

foițe de muștar (cataplasme), tăviță renală, apă de 30°C, termometru pentru apă, ștergar sau scutec, ceas, pătură, tampoane de vată, hirtie cerată

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	La indicația medicului a/m pregătește tot necesarul și spală mâinile	Se creează comoditate
2.	Se explică pacientului necesitatea procedurii	Se respectă dreptul la informare
3.	În încăperea să fie t°+18+20°C	Pentru a evita suprarăcirea
4.	Poziția pacientului culcată, comodă, în dependență de locul aplicării și de indicații	Se asigură comoditate și acces
5.	Se dezbracă, se dezgolește locul indicat	Pentru a asigura acces
6.	Dacă pielea unde se aplică f. de muștar este acoperită cu păr se va proceda în felul următor:	Pentru a evita traumarea lui și durerea
6.1	Se pregătește hirtia cerată pe care apoi se va aplica foița de muștar	În lipsa de hârtie cerată se folosește tifon
6.2	Sau se va aplica foița de muștar cu purtea dirsală pe piele și deasupra încă una	Adică se udă și se lipesc 2 foițe de muștar în mijloc
6.3	Sau se va rade părul	La acordul pacientului
7.	Se toarnă apa caldă în tăviță sau farfurie și se măsoare temp-ra ei.	t° apei să fie 30°; t° mai mare distruge uleiul eteric de muștar
8.	Se acoperă pielea cu hirtia cerată	Dacă e pielea subțire sau dacă e păr
9.	Se înmoaie foița cu partea unde e muștarul în apă	Apoi se lasă să se scurgă apa
10.	Se aplică pe locul indicat	Se folosesc mai multe foițe în dependență de suprafață
11.	Nu se aplică pe regiunea inimii în răceală, gripă și pneumonie și regiunea omoplaților	Pentru a evita insuficiența cardiocirculatorie
12.	Se acoperă imediat cu un ștergar sau scutec, apoi se învelește bine cu o pătură	Se va evita suprarăceală
13.	Se fixează timpul din momentul când pacientul simte în regiunea aplicării cataplasmei senzație de usturime și arsură	Se lasă pe termen de 10—15 min.
14.	După expirarea timpului se dezvelește, se scot atent foițele	Foițele folosite se aruncă
15.	Se înlătură resturile de muștar de pe piele cu tampon de vată sau cu ștergarul înmuiat în apă caldă	Resturile rămase pot provoca arsură
16.	Se usucă bine pielea	
17.	Se îmbracă, se învelește pacientul	Se evită suprarăcirea
18.	Să rămână în pat după această procedură	E de dorit să se efectueze înainte de somn. Pentru a evita suprarăceala
19.	Se reorganizează locul de lucru	

STANDARD

APLICAREA TERMOFORULUI

Scopul: Acțiunea de resorbție, antiinflamatoare;
Pentru încălzirea organismului.
Acțiune calmantă și spasmolitică

Indicații: În cazul hipotermiei, inflamațiilor, durerii acute.
În perioada I a febrei

Contraindicații: perioada II a febrei;
inflamații purulente;
boli ale pielii;
hemoragii;
tbc, cancer

MATERIALE NECESARE:

- termofor de cauciuc cu dop;
- scutec sau prosop;
- apă caldă;
- termometru pentru apă;
- ceainic pentru apă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală verifică indicațiile medicului.	Se va preciza numele bolnavului și vârsta, locul aplicării termoforului.
2.	Termoforul să fie dezinfectat.	Vezi dezinfectarea obiectelor de cauciuc.
3.	Se încălzește apa.	
4.	Se măsoară t° apei cu termometru de apă.	t° să fie +50°C +70°C la maturi, +50°C la copii
5.	Se scoate dopul.	
6.	Se toarnă atent apa în termofor de cauciuc.	Pentru a evita arsura.
7.	Se toarnă apa ½ volum sau 2/3 volum.	În dependență de locul aplicării
8.	Se va evacua aerul din termofor prin comprimarea pereților.	Până apare apa la orificiul termoforului.
9.	Se fixează bine dopul.	Ca să nu pătrundă aer
10.	Se întoarce termoforul cu dopul în jos.	Pentru a verifica dacă nu curge.
11.	Se șterge termoforul cu un scutec.	Ca să fie uscat
12.	Se învelește termoforul într-un prosop sau scutec.	Se evită arsura
13.	Pacientul se dezvelește și se aplică termoforul peste lenjerie. La matur se poate aplica pe lenjerie de corp.	Pentru a evita arsura pielii.
14.	Locul aplicării în dependență de indicații — la picioare sau regiunea lombară sau pe abdomen, fesă.	Depinde de indicații
15.	Se verifică periodic culoarea pielii în locul aplicării.	Pentru a preveni arsura
16.	Durata aplicării până se răcește termoforul.	
17.	Asistenta medicală va supraveghea pe parcurs reacția pacientului, copilului.	Pentru a stabili efectul aplicării termoforului.
18.	Se reorganizează locul de lucru.	

STANDARD

APLICAREA TERMOFORULUI LA COPIL

Scopul: Acțiunea resorbitivă, antiinflamatoare.
Pentru a încălzi organismul.

Indicații: În hipotermie, în inflamații

Contraindicații: Perioada a 2 a febrei
Inflamații purulente
Boli ale pielii
Hemoragiile

MATERIALUL NECESAR:

- termofor de cauciuc cu dop
- scutec sau prosop
- apă caldă
- termometru pentru apă.
- Ceainic pentru apă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală verifică indicațiile medicului.	Se va preciza numele bolnavului și vârsta, locul aplicării termoforului.
2. Termoforul să fie dezinfectat.	Vezi dezinfectarea obiectelor de cauciuc.
3. Se încălzește apa	
4. Se măsoară t° apei cu termometru de apă.	T° să fie $+50^{\circ}\text{C}$
5. Se scoate dopul	
6. Se toarnă atent apa în termofor din ceainic	Pentru a evita arsura
7. Se toarnă apa $\frac{1}{2}$ volum.	
8. Se va evacua aerul din termofor prin comprimarea pereților.	Până apare apa la gâtul termoforului.
9. Se fixează bine dopul.	
10. Se întoarce termoforul cu dopul în jos.	Pentru a verifica dacă nu curge.
11. Se șterge termoforul cu un scutec, ca să fie uscat.	
12. Se învelește termoforul într-un prosop sau scutec	Pentru a evita arsura pielii la copil.
13. Copilul se dezvelește și se aplică termoforul peste hăinuțe.	Pentru a preveni arsura.
14. Locul aplicării în dependență de indicații — la picioare sau regiunea lombară.	
15. Se verifică periodic culoarea pielii în locul aplicării.	
16. Durata aplicării până se răcește termoforul.	
17. Asistenta medicală va supraveghea pe parcurs reacția copilului.	Pentru a stabili efectul aplicării termoforului.
18. Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD

APLICAREA COLACULUI DE CAUCIUC

Scopul: Ca una din măsurile de prevenire a escarelor de decubit

Indicații: La bolnavii imobilizați, gravi
La indicația medicului

Locul: Regiunea sucrală

MATERIALE NECESARE:

Colac de cauciuc dezinfectat, pompă de aer, față de pernă, talc

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se dezinfectează suprafața colacului de cauciuc	Combaterea infecției. Vezi standardul
2.	Se pompează aer în lumenul colacului	Ca să fie umflat moderat
3.	Se fixează bine dopul de la orificiul colacului	Pentru a evita eliminarea aerului
4.	Se introduce colacul pregătit într-o față de pernă	Se va evita contactul pielii cu cauciucul
5.	Dimensiunile feței de pernă și a colacului de cauciuc să coincidă	Se va evita formarea cutelor
6.	Se întinde bine pentru a evita formarea cutelor	Cutele favorizează formarea escarelor
7.	Se ridică lenjeria de corp	
8.	Se ridică pacientul și se introduce sub regiunea sacrală colacul de cauciuc	Zona de risc pentru escară să se afle în gaura colacului
9.	E de dorit ca materialul textil în care este învelit colacul să fie pudrat cu talc	Se evită alunecarea, transpirația și iritația pielii
10.	Se verifică periodic poziționarea colacului de cauciuc	Ca să rămână fixat corect
11.	Sub regiunea călcâilor, coatelor, umerilor, partea laterală a genunchilor se așează rulouri din vată și tifon, sau inele din porolon pudrate cu talc	Pentru a preveni formarea escarelor de decubit în aceste regiuni
12.	Aceste rulouri sau inele se pot confecționa manual	

STANDARD**APLICAREA PUNGII CU GHEAȚĂ**

Scopul: Terapeutic, antiinflamator, hemostatic, hipotermic, tonifiant, anesteziant.

Indicații: În hemoragii
 În hipertermie
 În contuzii, luxații, entorse
 În dureri
 În perioada postoperatorie
 După naștere

MATERIALE NECESARE:

Punga de gheață, scutec sau prosop, apă rece sau gheață, congelator, suport pentru suspendarea pungii cu gheață, măsură, soluție dezinfectantă

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se precizează indicațiile și locul aplicării	Locul depinde de indicația medicului
2.	Se dezinfectează suprafața pungii de gheață	Combaterea infecției
3.	Se umple lumenul cu bucățele de gheață de la congelator ca să fie pe jumătate sau 2/3 din ea	Bucățele se sfărâmă mici
4.	Se fixează bine dopul	Să nu curgă apă la topirea gheții
5.	Se așteaptă câteva minute până începe să se topească gheața.	Prin topire marginile bucăților de gheață se rotunjesc, se evită traumarea pungii și a bolnavului
6.	Dacă nu este gheață:	
6.1	Se toarnă apă rece în punga de gheață 2/3 din volum	Pentru a obține gheața
6.2	Se va evacua aerul din pungă	Prin comprimarea pereților
6.3	Se fixează bine dopul când apa ajunge la orificiul pungii	Să nu curgă apă
6.4	Se introduce în congelator	Ca să înghețe apa
6.5	După ce a înghețat se scoate și se șterge bine suprafața	Să nu curgă apa la topirea gheții de pe suprafață
7.	Se învelește punga în prosop sau scutec	Se evită suprarăcirea pielii
8.	Se aplică punga cu gheață pe regiunea indicată	
9.	Se lasă 15—20 min., apoi se scoate pe 10—15 min.	Pentru a evita degerătura
10.	Se fixează punga pe locul necesar sau se suspendă pe un suport deasupra capului pacientului, la 3—5 cm	Se asigură comoditate
11.	Se schimbă conținutul pungii din 3 în 3 ore	Dacă este necesară continuarea aplicării
12.	Se verifică periodic locul unde e aplicată punga	După aspectul pielii se va evita degerătura
13.	La sfârșit se va reorganiza locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD

ADMINISTRAREA OXIGENULUI LA COPIL

Scopul: Saturația organismului cu oxigen

Indicații: Insuficiența respiratorie, dispnee, hipoxemia, anoxia.

MATERIALUL NECESAR:

- mască de oxigen
- tuburi sterile
- umidificator
- sursă de oxigen — sistema centralizată sau balonul de oxigen
- emplastru

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală va preciza indicațiile medicului.	Pentru a stabili metoda de administrare a O ₂
2. Spălarea mâinilor a asistentei medicale.	Prevenirea infecției
3. Se verifică aflulul de O ₂ în sistema centralizată.	Pentru a stabili prezența sau absența O ₂
4. Se asigură umidificatorul cu ser fiziologic 2/3 volum	Pentru a umezi O ₂
5. Asistenta medicală va alege diametrul măștii	În dependență de vârsta copilului
6. Se fixează masca de tub, apoi tubul la sursa de oxigen.	Se formează un sistem unic pentru O ₂ terapie
7. Se curăță năsul și gurița de secreții conform Standardului.	Pentru a înlătura obstrucția
8. Se fixează masca la gurița și năsul cu emplastru	Pentru a evita consumul în van a O ₂
9. Se deschide robinetul sau clema sistemului centralizat.	Tubul metalic fixat în perete
10. Se urmărește viteza de pătrundere a O ₂ prin tub în mască.	După volumul și Nr. bulelor de aer din umidificator.
11. În caz dacă la acest sistem este fixat reductorul se va urmări volumul de O ₂ necesar de administrat și presiunea.	Viteza și volumul se vor regla prin acest dispozitiv. Presiunea să fie până la două atmosfere.
12. Asistenta medicală supraveghează starea copilului pe parcursul inhalării oxigenului.	Culoarea pielii, intensitatea cianozei și frecv. respirației (FR).
13. Dacă în timpul inhalării O ₂ apare o tuse insistentă se întrerupe administrarea.	Cauza tusei este prezența secrețiilor sau viteza, presiunea mare, sau O ₂ este uscat.
14. Se curăță căile respiratorii de secreție cu aspirator electric.	
15. După eliminarea secrețiilor se fixează din nou masca și continuă inhalarea O ₂ .	Dacă nu mai sînt alte reacții
16. Durata O ₂ terapie depinde de starea copilului.	La indicația medicului
17. La terminarea procedurii se reorganizează locul de lucru.	

STANDARD ADMINISTRAREA OXIGENULUI LA MATUR

Scopul: Pentru a asigura țesuturile cu O₂

Indicații: Toate stările grave pentru a combate hipoxia și hipoxemia

Contraindicații:

- Masca nu se va folosi în arsurile feței;
- Este incomodă deoarece trebuie fixată;
- Nu se administrează în anxietate gravă deoarece accentuează anxietatea

MATERIALE NECESARE:

- Sursa de O₂ centralizat;
- Umidificator;
- Masca dezinfectată;
- Curelușe de fixare;
- Tampon de vată cu alcool;
- Tăviță pentru resturi;
- Sonda nazală;
- Emplastru;
- Apă distilată.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Se dezinfectează masca în interior și exterior cu tampon îmbibat cu alcool	Tamponul se aruncă la resturi
Se verifică sursa de oxigen, țevile, presiunea	
Se fixează masca la gura pacientei ca să acopere gura și nasul	Se verifică să nu comprime pielea, să nu fie cute
Se fixează masca de O ₂ cu curea în jurul gâtului	Pentru a fixa bine și a evita pierderile de O ₂
Se deschide clema de la sistemul de oxigen	Se permite fluxul de oxigen
Se verifică presiunea și volumul de O ₂ administrat	Volumul este indicat de medic
Se supraveghează faciesul pacientei: Se reduce cianoza; Respiră liniștită.	Sunt indicii efectului pozitiv
Dacă apare tusea dezunim masca	Tusea indică obstrucție sau iritație
Se vor curăța căile respiratorii prin aspirarea secrețiilor	Dezobturarea căilor respiratorii
Se fixează masca la loc și supraveghem administrarea O ₂	

II. PRIN SONDA NAZALĂ

Pregătirea psihică a pacientului — se explic necesitatea și esența procedurii	Pentru a accepta
Este dorită poziția aproape semișezândă	Dacă este posibil
Curățirea căilor respiratorii de secreții	Ca să fie liberă trecerea oxigenului
Se dezinfectează ambele sonde nazale mici cu alcool	Tamponul folosit se aruncă la resturi
Se servește cateterul care unește sonda nazală cu sursa de O ₂	Să fie integru
Se verifică presiunea O ₂	
Se fixează în ambele nări sondele scurte	Ca să fie accesul de O ₂ bilateral
Se fixează sondele cu emplastru lângă nas	
Se fixează în jurul capului inelul elastic al sondei	Se va evita scurgerea de O ₂
Se deschide clema de la sursa de oxigen și se reglează presiunea, volumul	Este indicat de medic
Se supraveghează starea pacientului	

STANDARD

SERVIREA PLOȘTEI LA PACIENTUL GRAV

Scopul: De a satisface nevoia de a elimina
De a proteja pacientul de efort fizic
Pentru a proteja lenjeria

Indicații: Pentru toți pacienții gravi
În perioada postoperatorie primele 24 ore
În stare inconștientă

MATERIALE NECESARE:
Mușama, plosca, bazinet, urinar

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pentru pacient conștient:	
1.1	Se anunță pacientul	Ca să coopereze
1.2	Mușama se așterne sub bazinul pacientului fiind ridicat de o persoană și cu participarea activă a pacientului	Pacientul se va întoarce pe o parte cu ajutor sau va rămâne în DD și se fixează în călcâie pentru a ridica bazinul
1.3	Concomitent pe mușama se introduce sub bazin bazinetul sau urinarul dezinfectate	Bazinetul să fie uscat și încălzit
1.4	Se izolează cu un paravan de alți pacienți	Pentru a respecta intimitatea
1.5	Pacientul rămâne învelit	Se evită suprarăcirea
1.6	După evacuarea eliminărilor fiziologice se dezvelește, se scoate plosca împreună cu mușama	Conținutul este aruncat de infermieră
1.7	Se face toaleta intimă	Vezi Standardul
1.8	Pacientul se instalează comod în pat. Se aerisește salonul	Se combat mirosurile
1.9	Plosca după spălare se dezinfectează	Conform Standardului și ordinelor în vigoare
2.	Pentru pacient în stare inconștientă:	
2.1	Se pregătește necesarul	
2.2	De către 2 persoane pacientul se întoarce în DL	
2.3	Se așterne mușama	Ca să fie sub regiunea bazinului
2.4	Se instalează plosca	
2.5	Se întoarce pacientul în DD, se instalează comod	
2.6	Se învelește	Așteptăm apariția eliminărilor
2.7	Pacientul să fie izolat cu paravan	Se respectă intimitatea
2.8	După eliminare se face toaleta intimă	Pentru a păstra organele genitale curate și uscate
2.9	Concomitent este susținut de 2 persoane de sub bazin și se scoate plosca și mușama	Se face atent, se protejează pacientul
2.10	Conținutul se aruncă	La WC
2.11	Plosca se spală și se dezinfectează	Vezi punctul 1.9
2.12	Pacientul se instalează comod și se învelește	

Scopul: Favorizarea eliminării gazelor din colon

Indicații: Reținerea gazelor, meteorism

MATERIALE NECESARE:

- tub elastic steril cu 2—3 orificii la un capăt
- tăviță sterilă
- baghetă sterilă
- pensă sterilă
- mănuși sterile
- tampoane de vată sterile
- cremă sterilă pentru lubrifiere
- tăviță pentru resturi
- mușama, scutec
- pătură de învelit
- un vas cu apă

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală efectuează selectarea prescripțiilor medicale	Pentru a preciza numele copilului, denumirea procedurii și durată.
2.	Se informează mama despre efectuarea acestei proceduri	Ca să accepte și să coopereze
3.	Asistenta medicală pregătește materialele necesare și le așează pe măsuta de înfășat	Să asigure comoditate.
4.	Copilul este dezbrăcat și instalat pe măsuta de înfășat	Pentru acces la regiunea anală
5.	Poziția copilului în decubit dorsal (DD) s-au decubit lateral stâng	DLS
6.	Sub bazinul copilului se așterne o mușama și deasupra un scutec	Pentru a proteja lenjeria
7.	Copilul se va înveli cu o pătură	Pentru a evita supra răcirea
8.	Asistenta medicală îmbracă mănușile sterile, după spălarea și dezinfectarea mâinilor.	Combaterea infecției
9.	Cu pensa sterilă se ia tubul de gaze, și se lubrifică cu o cremă sterilă 5—15 cm lungime.	Pentru a aluneca mai ușor în intestin și a evita traumarea
10.	Pentru lubrifiere se folosește tampon steril sau bagheta sterilă.	După folosință se aruncă la resturi.
11.	Cu un tampon steril se lubrifică cu cremă și orificiul anal.	Pentru a evita traumarea
12.	Se introduce capătul rotunjit al tubului cu mâna dreaptă	
13.	Cu mâna stângă se desfac fesele	Se asigură un acces și vizibilitate
14.	Se introduce tubul de gaze prin mișcări de rotație și înaintare	De a evita forțarea. Pentru a nu traumatiza intestinul
15.	Se introduce în intestin la 5—15 cm	În dependență de vârstă
16.	Capătul extern al tubului se va instala într-un vas cu apă	Pentru a observa bulele de aer în apă și a evita mirosul neplăcut.
17.	Mama va fixa copilul	Ca tubul să fie bine fixat în rect
18.	Se va face un masaj ușor al abdomenului	Pentru a grăbi evacuarea gazelor
19.	Se aplică tubul de gaze pe termen de 30 min — 1 oră	Pentru a evita escara mucoasei rectale
20.	Se extrage tubul de gaze și se instalează în tăvița pentru resturi.	Pentru a preveni răspândirea infecției
21.	Se face toaleta anală	Vezi Standardul
22.	Copilul este îmbrăcat și instalat comod în pat	
23.	Se strânge scutecul și mușama pentru dezinfectare.	
24.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției.

STANDARD**APLICAREA TUBULUI DE EVACUARE A GAZELOR LA MATUR**

Scopul: De evacua gazele din intestinul gros

Indicații: Meteorism

MATERIALE NECESARE:

tub pentru evacuarea gazelor, steril, de cauciuc, lungimea 30—35 cm. cu diametrul 8—10—12 cm. Cu 4—5 orificii la un capăt; mușama, scutec, paravan, tampoane de tifon sterile, vazelină sterilă, mănuși sterile, sol. Furacilină 1:5000, tăviță renală, un recipient cu apă, pense sterile.

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Se anunță bolnavul despre necesitatea și esența procedurii	Se respectă dreptul la informare
2.	Se pregătesc materialele necesare și se transportă lângă bolnav	Se asigură acces și comoditate
3.	Se izolează patul bolnavului cu un paravan	Se respectă intimitatea
4.	Se dezbracă ½ inferioară a corpului	Pentru a avea acces la rect
5.	Poziția bolnavului în DLS sau în DD cu coapsele desfăcute	Dacă starea este gravă
6.	Sub bazin se așterne o mușama apoi un scutec	Pentru a proteja lenjeria
7.	Asistenta medicală spală mâinile, îmbracă mănușile sterile	Combaterea infecției
8.	Cu mâna stângă asistenta medicală îndepărtează fesele	Se asigură acces la orificiu anal
9.	Cu mâna dreaptă, cu pensa ia o compresă sterilă și o îmbibă cu sol. Furacilină 1:5000	
10.	Se va badijona orificiul anal cu o mișcare rotativă	Pentru a combate infecția
11.	Tamponul se aruncă în tăvița pentru resturi	Combaterea infecției
12.	Cu mâna dreaptă se ia tubul de gaze, capătul extern se fixează între degetul mic și inelar	Se asigură comoditate
13.	Se lubrifică capătul rotunjit cu vazelină sterilă cu ajutorul unei comprese de tifon steril	Pentru a aluneca mai ușor și a evita traumarea mucoasei intestinale
14.	Se lubrifică pe o lungime de 12—15 cm.	
15.	Se introduce în rect capătul lubrifiant prin mișcări de răsucire și înaintare la adâncimea 15—20 cm	Se vor desface fesele cu mâna stângă pentru o mai bună vizibilitate și acces
16.	Capătul extern se instalează în recipient cu apă	Pentru a observa eliminarea gazelor — vor apărea bule
17.	Se învelește bolnavul	Se va evita suprarăcirea
18.	Se lasă tubul pe 2 ore	Mai mult de 2 ore e risc pentru escara mucoasei
19.	Se supraveghează starea bolnavului	
20.	Peste 2 ore se extrage atent tubul	Se va supune dezinfectării
21.	Se face toaleta anală	Combaterea infecției
22.	Se reorganizează locul de lucru	

STANDARD

CLISMA EVACUATOARE LA COPIL

Scopul: De a evacua intestinul gros prin introducerea în rect a apei cu ajutorul parei de cauciuc.

Indicații: Constipația.
Înainte de clisma medicamentoasă și alimentară.
Pentru a pregăti pacientul pentru diverse investigații.

MATERIALE NECESARE:

- pară de cauciuc sterilă de 200 ml.
- Canulă sterilă.
- Apă fiartă
- Termometru pentru apă.
- Mănuși sterile.
- Ulei steril prin fierbere
- Sol. Furacilină.
- Tamponane sterile de vată.
- Pensă sterilă.
- Tăviță sterilă
- Tăviță pentru resturi
- Scutec
- Mușama.
- Oliță.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează prescripțiile medicale.	Pentru a preciza numele copilului și procedura.
2. Se anunță mama sau copilul despre necesitatea procedurii.	Se respectă dreptul la informare. Ca să accepte și să coopereze.
3. Se pregătesc materialele necesare și se instalează lângă bolnav.	Se asigură comoditatea
4. Se pregătește apa fiartă t° 36—37°C.	Pentru a nu irita intestinul
5. Se măsoară t° cu termometrul de apă.	
6. Se aspiră apa în para de cauciuc.	Prin comprimarea pereților parei, apoi eliberarea lor.
7. Poziția copilului în DL-stâng.	Se asigură acces corect la rect
8. Se dezbracă jumătatea inferioară a corpului.	
9. Se așterne sub bazinul copilului o mușama, scutecul de asupra.	Pentru a proteja lenjeria.
10. Cu pensa se ia un tampon steril cu mâna dreaptă.	
11. Se îmbibă tamponul cu sol. Furacilină 1:5000.	Se toarnă pe tampon de asupra tăviței
12. Cu mâna stângă se desfac fesele.	Pentru a avea acces mai bun
13. Se badijonează orificiul anal cu tamponul îmbibat, de jur împrejur.	Pentru dezinfectare
14. Tamponul folosit se aruncă în tăviță pentru resturi.	Pentru a combate infecția
15. Se fixează canula la para de cauciuc.	Dimensiunile canulei în dependență de vârsta copilului
16. Se lubrificiază (ungerea) canula cu ulei	Se evită traumarea mucoasei rectale.
17. Se evacuează aerul din pară prin comprimare cu mâna dreaptă.	Până apare apa la vârful canulei
18. Se menține fixarea feselor cu mâna stângă.	
19. Cu mâna dreaptă atent se introduce canula cu mișcări rotative și alunecătoare.	Direcția canulei este orientată la început spre coccis apoi paralel cu coccisul.
20. Se introduce canula 3—5 cm până la 8—9 cm.	În dependență de vârsta copilului
21. Se comprimă pereții parei.	Pentru ca apa să pătrundă în rect
22. După ce sa introdus toată cantitatea, se extrage atent canula.	
23. Se fixează bine fesele pentru 3—5 min.	Pentru ca soluția să se rețină în rect
24. Se schimbă poziția în decubit dorsal.	
25. Copilul în acest timp trebuie să fie învelit.	Se evită suprarăcirea
26. Apoi se servește olița și se așteaptă evacuarea intestinală.	
27. După evacuare se efectuează toaleta intimă.	Vezi Standardul. Ca să se calmeze
28. Copilul se îmbracă și se instalează în pat.	Vezi Standardul
29. Se reorganizează locul de lucru:	Combaterea infecției
a. mușama și scutecul se pun la dezinfectare.	
b. se dezunește canula de pară și se dezinfectează separat.	
c. Se scot mănușile și se dezinfectează.	
d. Asistenta medicală spală mâinile	
30. Se aerisește încăperea.	

STANDARD**APLICAREA CLISMEI TERAPEUTICE LA COPIL (MICROCLISMĂ)****Scopul:** De a administra medicamentele prin mucoasa rectală**Indicații:** La indicația medicului**MATERIALE NECESARE:**

- tăviță sterilă, pensă sterilă
- para de cauciuc sterilă 50 ml
- oliță (dacă este necesar)
- mănuși de cauciuc
- recipient cu soluție medicamentoasă
- unul din medicamentele prescrise:
- infuzie de mușuțel
- soluție de amidon
- ulei de cătină
- sol. Aloe
- Iodinol
- mușama, scutece
- unguent pentru lubrifiere
- tăvița pentru resturi
- tampoane de vată sterile, sau baghete sterile de unica folosință
- masa de înfășat
- pătură de învelit
- baia de apă
- termometru pentru apă

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală efectuează selectarea prescripțiilor medicale	Pentru a preciza numele copilului, denumirea procedurii și medicamentul indicat.
2.	Se informează mama despre necesitatea acestei proceduri	Ca să accepte și să coopereze
3.	Asistenta medicală pregătește materialele necesare și le așează pe măsuta de înfășat	Se asigură comoditate
4.	Copilul este dezbrăcat și instalat pe măsuta de înfășat	Pentru acces la regiunea anală.
5.	Poziția copilului în decubit dorsal (DD) sau decubit lateral stâng (DLT).	
6.	Sub bazinul copilului se așterne o mușama și deasupra în scutec	Pentru a proteja lenjeria
7.	Copilul se va înveli cu o pătură	Pentru a evita suprarăcirea
8.	Soluția medicamentoasă indicată se încălzește la baia de apă.	t° să fie 36°—37°C
9.	Se verifică t° apei cu termometru de apă	Pentru a obține t° indicată
10.	Se aspiră medicamentul în para de cauciuc	
11.	Se lubrifică canula cu cremă pentru copii cu ajutorul bageței sau a unui tampon de vată.	Pentru a evita traumarea mucoasei rectale
12.	Bagheta sau tamponul folosit se aruncă în tăvița pentru resturi.	Combaterea infecției
13.	Cu alt tampon steril se badijonează cu aceeași cremă orificiul anal.	Se va evita traumarea și pentru dezinfectare.
14.	Tamponul folosit se aruncă la resturi	Combaterea infecției
15.	Se va evacua aerul din para de cauciuc prin comprimarea pereților cu mâna dreaptă	Pentru a evita iritarea rectului
16.	Cu mâna stângă asistenta medicală desface fesele	Pentru acces mai ușor la rect
17.	Cu mâna dreaptă lent cu mișcări rotative se introduce canula în rect la adâncimea 2—5—6 cm	În dependență de vârsta copilului
18.	Se introduce lent prin comprimarea pereților parei toată soluția medicamentoasă în rect.	Se va comunica cu copilul, cu mama
19.	Asistenta medicală supraveghează reacția copilului în timpul administrării	Prin examen vizual
20.	Mama sau altă persoană va fixa corpul copilului	Pentru a evita traumarea în timpul clisimei
21.	După administrare se extrage canula din rect	
22.	Se strâng fesele pe 5—10 minute	Pentru a reține medicamentul ca să se absoarba
23.	Se face toaleta orificiului anal	Pentru combaterea infecției
24.	Copilul este îmbrăcat și instalat în pătuc.	
25.	Mama va continua fixarea feselor încă un timp, mai ales dacă copilul plânge	Pentru a reține medicamentul în rect ca să aibă efect.
26.	Mușama și scutecele folosite se dezinfectează	Combaterea infecției
27.	Canula se dezunește de la pară și se dezinfectează fiecare aparte.	Vezi Standardul
28.	Se reorganizează locul de lucru.	

STANDARD SPĂLĂTURA GASTRICĂ

Scopul: Evacuarea conținutului stomacal prin sondă
Înlăturarea produselor toxice

Indicații: Diverse intoxicații

MATERIALE NECESARE:

2 șorțuri din material plastic, mănuși sterile, mușama, scutec sau prosop, apă caldă – 6-8 litri, recipient, scaun, tăviță renală, pensă sterilă, cană sau ulcior, pâlnie, sondă gastrică groasă sterilă, recipient gradat de 200 ml.

TEHNICA PROCEDURII

	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică pacientului necesitatea acestei intervenții	Se respectă dreptul la informare
2.	Se informează despre comportamentul în timpul spălăturii	Ca să înțeleagă și să colaboreze
3.	Se respectă intimitatea pacientului	Se izolează cu un paravan
4.	Se pregătește necesarul și se așează lângă pacient	Se asigură comoditate
5.	Asistenta medicală se pregătește respectiv:	
5.1.	Spală mâinile	Combaterea infecției
5.2.	Îmbracă mănușile de cauciuc	Pentru protecție
5.3.	Își fixează șorțul	-//-
6.	Poziția pacientului șezând pe scaun	Să se sprijine de spetează
7.	Se înlătură proteza dentară dacă este	Se evită mușcarea sondei
8.	Se fixează șorțul de cauciuc	Se asigură protecția vestimentației
9.	Se oferă tăvița renală ca să o țină sub bărbie	În caz de vomă
10.	Asistenta medicală umezește sonda la capătul bucal	Ca să alunece mai ușor
11.	Se așează în dreapta pacientului	Pentru comoditate
12.	Se va fixa capul între mână și toracele asistentei medicale	
13.	Solicită pacientului să deschidă gura și să respire adânc	Se asigură acces
14.	Se introduce capătul cu orificiu al sondei până la peretele posterior al faringelui	Cât mai aproape de rădăcina limbii
15.	Invită pacientul să înghită	Comunică și-l încurajează
16.	Îi solicită să repete mișcările de deglutiție	Ca să avanseze sonda
17.	Asistenta medicală cu mișcări blânde împinge sonda ajutându-l să înghită	Ca sonda să ajungă în stomac
18.	La capătul extern al sondei se atașează pâlnia	Se va ține în mâna stângă la nivelul gurii pacientului
19.	Se verifică temperatura apei și se toarnă cu cana în pâlnie până rămâne pâlnia plină	Pâlnia se va ține puțin înclinată
20.	Se ține pâlnia puțin înclinată și se ridică încet în sus	Până când apa ajunge în gâtul pâlniei, ca să nu pătrundă aer
21.	Treptat se coboară pâlnia în jos sub nivelul epigastrului	
22.	Se golește pâlnia în recipientul pregătit	
23.	Se repetă punctele 19, 20, 21, 22	Până apa se elimină curată
24.	Se înlătură pâlnia	Se va dezinfecta
25.	Se fixează pensa la capătul liber al sondei	Ca să nu se elimine lichidul prin ea
26.	Se extrage cu atenție sonda	Ca să nu se scurgă conținutul ei în faringe și pentru a evita aspirarea
27.	Se va recolta în recipient de 200 ml. apa spălăturii gastrice	La indicația medicului pentru examen de laborator
28.	Se oferă pacientului un pahar de apă	Ca să clătească gura
29.	Se curăță fața cu un prosop	
30.	Se îndepărtează tăvița renală și șorțul	
31.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
32.	Se examinează aspectul apei spălăturii gastrice	
33.	Se așează pacientul comod în pat	

STANDARD

TEHNICA SPĂLĂTURII GASTRICE LA COPIL

Scopul: Evacuarea conținutului stomacal și înlăturarea substanțelor toxice prin sonda gastrică.

Indicații: Intoxicații alimentare, intoxicații cu medicamente:
În staza gastrică.

MATERIALE NECESARE:

- mușama
- scutec
- mănuși sterile
- pensă sterilă
- sondă gastrică sterilă cu lungimea 25 cm, diametrul 0,3—0,5mm.
- Seringă sterilă sau seringă Jeanet.
- Apă fiartă de la 400ml — 1 l.
- Recipient pentru apa spălăturii gastrice
- Medicamentele indicate
- Seringă pentru medicament și ace sterile
- Termometru pentru apă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se anunță mama despre necesitatea procedurii.	Ca să accepte și să colaboreze Se asigură comoditatea
2. Asistenta medicală pregătește necesarul în sala de tratamente.	
3. Copilul este transportat în brațe și instalat pe masa de tratamente în poziție decubit lateral.	
4. Se fixează căpșorul și mânuțele copilului de către altă asistentă medicală	Pentru a proteja lenjeria Pentru combaterea infecției
5. Sub bărbie se fixează mușama	
6. Asistenta medicală spală mâinile, le dezinfectează și îmbracă mănușile sterile.	Capătul să fie umed pentru a luneca mai ușor
7. Se ia sonda sterilă și se introduce atent capătul rotunjit care are un orificiu în guriță esofag și stomac.	
8. Gurița se va deschide cu mâna stângă.	Pentru a nu pătrunde în căile respiratorii În dependență de vârsta sugarului Cantitatea indicată de medic
9. Asistenta medicală va introduce atent sonda.	
10. Se introduce 10—15 cm. din lungimea sondei.	Într-un recipient ca să se elimine apa spălăturii Pentru a consuma toata apa indicată pentru spălătură Combaterea infecției
11. La capătul liber al sondei se unește amboul seringii și se introduce încet apa fiartă.	
12. Se lasă apoi capătul sondei în jos	Se creează repaus total Combaterea infecției
13. Se repetă procedura	
14. Se scoate atent sonda și se dezinfectează	
15. Copilul se șterge la guriță și se transportă în salon	
16. Se așează copilul în pătuc	
17. Se reorganizează locul de lucru	

STANDARD

SONDAJUL VEZICAL LA FEMEI

Scopul: Recoltarea urinei cu sondă de cauciuc în condiții sterile pentru diverse examene de laborator
Pentru evacuarea urinei cu scop de tratament
Introducerea sondei pentru lavaje și instilații în vezica urinară

Indicații: Pentru a preciza bolile renale
În retenția urinară acută
În inflamația vezicii și căilor urinare.

MATERIALE NECESARE:

mușama, scutec, mănuși sterile, sondă elastică subțire de cauciuc, sterilă cu lungimea de 10—15 cm, pensă sterilă, cazoletă cu tampoane de vată sterile, eprubete sterile, suport pentru eprubete, materialele necesare pentru toaleta intimă, tăviță renală, ploscă, paravan, ulei de glicerină steril, cearșaf special.

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Se anunță bolnava despre efectuarea procedurii	Se respectă dreptul la informație
2.	Se explică etapele și necesitatea	Ca să accepte
3.	Materialele necesare sunt instalate lângă bolnavă	Se asigură comoditate și acces
4.	Dacă procedura se va face în salon se va izola patul cu un paravan	Pentru a respecta intimitatea pacientei
5.	Se așează mușama cu scutec sub bazinul pacientei	Se va proteja lenjeria
6.	Poziția pacientei în DD cu genunchii flexați și coapsele îndepărtate — poziția ginecologică	Se asigură acces
7.	Se scoate perna de sub cap și se dezvește ½ inferioară	
8.	Asistenta medicală îmbracă mănușile și efectuează toaleta intimă	Vezi Standardul. Se reduce pericolul infecției
9.	Se acoperă bazinul și organele genitale cu cearșaf care are orificiu pentru regiunea genitală	Reduce infectarea, pentru intimitate
10.	Sub bazinul bolnavei se instalează plosca curată	Va folosi ca recipient pentru urină
11.	Sau între coapse se instalează tăvița renală	
12.	Asistenta medicală spală mâinile și îmbracă mănușile sterile	Pentru combaterea infecției
13.	Asistenta medicală se instalează în partea dreaptă a bolnavei	Se asigură comoditate
14.	Cu mâna stângă, cu 2 tampoane se depărtează labiile mari	Pentru a avea acces la orificiul extern al uretrei
15.	În mâna dreaptă cu pensa sterilă se ia un tampon de vată	
16.	Se toarnă peste tampon sol. Furacilină 1:5000	Deasupra tăviței
17.	Se badijonează orificiul extern al uretrei de sus în jos, spre anus	Se șterge o singură dată, se va combate infecția
18.	Tamponul folosit se aruncă în tăviță pentru resturi	
19.	Se repetă această procedură de 2—3 ori	Cu tampoane diferite
20.	Cu o pensă sterilă asistenta medicală scoate cateterul elastic steril din cazoletă	
21.	Se apucă cu pensa capătul rotunjit al sondei care are orificiu	
22.	Se apucă sonda ținând ca pe un creion în timpul scrisului la o distanță de 2—3 cm. de la capătul rotunjit	Se asigură comoditate
23.	Se va lubrifia capătul cateterului cu glicerină sterilă	Va aluneca mai ușor. Se evită trauma-rea mucoasei uretrei.
24.	Capătul distal al sondei vezicale se fixează între degetul mic și inelar	Se creează condiții aseptice
25.	Se introduce lent capătul rotunjit al sondei în uretră la o adâncime de 4—6 cm.	Vârful să fie orientat spre simfiza pubiană
26.	Odată cu înaintarea sondei în vezica urinară se coboară capătul distal al sondei mai jos	Pentru a fi posibilă evacuarea urinei
27.	Când apare urina indică că sonda este în vezica urinară	
28.	Se evacuează urina în tăviță renală	Dacă se face în caz de retenție urinară

29.	Se recoltează urina în eprubete sterile după ce s-au evacuat primele picături	Pentru examen bacteriologic se recoltează porția de mijloc a urinei
30.	După ce s-a eliminat urina se închide lumenul extern al sondei cu o pensă	
31.	Se extrage atent sonda vezicală	
32.	Se instalează în tăviță pentru dezinfectare	Combaterea infecției
33.	Se dezinfectează iarăși orificiul extern al uretrei cu sol. Furacilină 1:5000	Combaterea infecției
34.	Se reorganizează locul de lucru	
35.	Bolnava rămâne în pat în repaus total	Pentru a se calma

Scopul: Introducerea în vezica urinară prin uretră a unei sonde/cateter steril pentru a evacua urina sau a o recolta pentru diverse investigații

Indicații: Retenția urinară acută
Recoltarea urinei pentru însămânțare
Înainte de spălătură /lavajul vezicii urinare
Înainte de a instila medicamentele

MATERIALE NECESARE:

mușama, scutec, mănuși sterile, sondă vezicală, elastică, sterilă cu lungimea de 15 cm., cu 1—2 orificii la vârful rotunjit, eprubete, suport pentru eprubete, sol. Furacilină 1:5000, pensă sterilă, tampon de vată, taviță renală. Totul pentru toaleta intimă: ploscă sau alt recipient pentru urina eliminată, pensă hemostatică, ulei de glicerină sterilă.

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Se va anunța bolnavul	Se respectă dreptul la informație
2.	Se explică necesitatea tehnicii	Să înțeleagă și să accepte
3.	Toate materialele necesare sunt instalate lângă bolnav	Se va crea comoditate și acces
4.	Poziția bolnavului în decubit dorsal cu picioarele întinse și ușor depărtate	Se asigură comoditate
5.	Se izolează patul cu un paravan, se acoperă cu un cearșaf care are orificiu	Se asigură intimitatea. Pentru a lăsa accesibilă regiunea genitală
6.	Sub bazin se așează o mușama cu scutec	Se va proteja lenjeria
7.	Se face toaleta organelor genitale și se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
8.	Între coapse se așează tavița sterilă	Ca recipient pentru urină
9.	Asistenta medicală spală mâinile și îmbracă mănușile sterile	Se asigură protecția de infecție
10.	Se dezinfectează orificiul extern al uretrei cu un tampon îmbibat în sol. Furacilină 1:5000	Combaterea infecției
11.	Se aruncă la resturi tamponul folosit	
12.	Asistenta medicală apucă sonda vezicală sterilă cu o pensă sterilă în mâna dreaptă	Se asigură comoditate
13.	Va apuca sonda cu pensa la 1—2 cm. aproape de vârf	Pentru a evita îndoirea sondei
14.	Se va ține sonda cu pensa ca pe un toc. Capătul extern al sondei se va fixa între degetul mic și inelar al mâinii drepte	Pentru a-l menține steril
15.	Se lubrifică vârful sondei cu glicerină sterilă	Alte uleiuri ca vaselina distruge cauciucul. Pentru a aluneca mai ușor și se va evita traumarea
16.	Cu mâna stângă se eliberează ca să fie bine vizibil orificiul extern al uretrei	Se va fixa penisul
17.	Se introduce atent vârful sondei în uretră și se împinge ușor cu pensa	Se va întinde penisul cât mai bine ca să dispară cutele transversale ale mucoasei uretrale
18.	Atent se va înainta pătrunderea sondei trecând de obstacolele anatomice	Cele 3 sfinctere
19.	Se fixează capătul sondei pentru a evacua urina în taviță	
20.	Se vor recolta probe de urină în eprubete	La indicația medicului
21.	Se fixează o pensă la capătul sondei după eliminarea urinei	Pentru a o comprima
22.	Se îndepărtează atent sonda vezicală	Cu altă pensă
23.	Se efectuează toaleta locală	Combaterea infecției și menținerea igienei
24.	Se reorganizează locul de lucru	

STANDARD

TEHNICA EFECTUĂRII FRECȚIILOR

Scopul: De a administra prin piele diverse soluții medicamentoase în scop terapeutic

Infecțiile Hipertermia, perioada II a febrei

MATERIALE NECESARE:

- burete moale steril
- mănușa flaușată
- sol. alcoolică diluată cu apă 1:1
- apă rece, termometru pentru apă
- termometru pentru corp

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Se pregătește necesarul	Se asigură comoditate
2.	Se asigură condițiile în încăpere, temperatura să fie $+20^{\circ}+22^{\circ}\text{C}$, să nu fie curent	Pentru a evita suprarăcirea
3.	Soluțiile folosite pentru frecție să fie de $t^{\circ}30^{\circ}$	Se determină cu termometrul pentru apă după ce soluția a fost încălzită
4.	Asistenta medicală spală bine mâinile	Pentru combaterea infecției
5.	Se dezgolește cutia toracică	Se asigură acces la cutia toracică
6.	Se îmbibă buretele moale sau mănușa flaușată în una din soluțiile pregătite și se stoarce ușor	Ca să se absoarbă soluția
7.	Se efectuează atent mișcări de alunecare pe piele de pe cutia toracică, spate, mâini și picioare	
8.	Durata frecției 2—3 minute	
9.	Se îmbracă pacientul și se învelește	Pentru a evita suprarăcirea
10.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
11.	Se supraveghează temperatura corpului	Pentru a evalua efectul frecției
12.	După frecție poate apărea transpirația și scăderea temperaturii corpului	Se vor îngriji respectiv

STANDARD

ELEMENTE DE GIMNASTICĂ CURATIVĂ LA SUGAR

Scopul: Profilactic, pentru a întări sistemul muscular și locomotor.
De tratament în unele boli

Indicații: La indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

- pat sau masa de înfășat
- ceas
- termometru de cameră

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală explică mamei necesitatea efectuării acestor exerciții	Se respectă dreptul la informare și ca să accepte
2.	Mama va fi învățată treptat ca să execute singură aceste exerciții la copil	Pentru a le efectua sistematic și corect
3.	Se verifică temp-ura în cameră să fie +18+22°C	Se va evita supraîncălzirea copilului sau suprarăcirea
4.	Măinile să fie curate și calde	
5.	Exercițiile includ mișcări pasive în toate articulațiile, de sus în jos	Ridicare—coborâre, adducție—abducție, semirotăție
5.1	La articulațiile membrelor superioare, pe rând	
5.2	La art-le membrelor inferioare	
5.3	La coloana vertebrală	Vezi P. 11
6.	Se recomandă la fel mișcările ca la maturi	Atent, lent.
7.	Amplituda mișcărilor va crește treptat pe parcursul exercițiilor	
8.	Durata unei ședințe de gimnastică terapeutică maxim 10 min.	Se va evita supraoboseala.
9.	Este de dorit ca copilul să fie dezbrăcat sau îmbrăcat ușor	
10.	Durata cursului este îndelungată	La indicația medicului
11.	Exercițiile pentru coloana vertebrală includ:	
11.1	Mișcări de schimbare a posturii culcat — șezând; în DLS și DLD apoi DV și iar DD	
11.2	Mișcările sunt lente, pasive ținând bine copilul cu ambele mâni	Se va evita căderea, traumarea
11.3	Treptat mișcările vor fi mai ample, cu mișcări ale trunchiului în toate direcțiile	
12.	Dacă este indicată gimnastica corectivă durată va fi până la 45 min. iar exercițiile mai ample și mai complicate	La indicațiile medicului
13.	Este recomandabil ca exercițiile să se efectueze cu 30 min. înainte de mâncare sau cu 2—3 ore după mâncare	

STANDARD

ELEMENTE DE GIMNASTICĂ CURATIVĂ LA PACIENTUL IMOBILIZAT

Scopul: Prevenirea și combaterea complicațiilor posibile provocate de repausul la pat

Indicații: La indicația medicului pentru a îmbunătăți ventilația pulmonară
Pentru a preveni atrofia musculară
Pentru a preveni și a combate anchiloza articulațiilor
Pentru a preveni staza circulatorie.

MATERIALE NECESARE:

- pat
- ceas

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică pacientului necesitatea efectuării exercițiilor terapeutice	Se respectă dreptul la informare și ca să accepte
2.	Se efectuează gimnastica 1—2 ori pe zi cu durata 5—10 min.	La indicația medicului
3.	Asistenta medicală învață un membru al familiei tehnica respectivă.	Pentru îngrijiri de acoperire cu scop de oxigenare.
4.	Se aerisește bine încăperea.	
5.	Pentru pacientul imobilizat poziția este în pat, în DD	
6.	Se propune la început gimnastica respiratorie:	Se va îmbunătăți respirația și circulația pulmonară, pentru a combate pneumonia de stază
6.1	Se fixează timpul	
6.2	Se explică ca pacientul să efectueze inspirație profundă și expirație forțată	
6.3	Se inspiră pe nas și se expiră pe gură	Asistenta medicală se va asigura că căile respiratorii sunt libere
6.4	Se repetă exercițiul	
6.5	Inspirațiile să fie lente, nu prea profunde	Pot apărea amețeli.
6.6	Expirațiile să fie cât mai prelungite	Pentru a goli căi mai bine plămânii de aer
6.7	Respirația se combină cu exerciții ale membrelor și coloanei vertebrale	
6.8	Se va efectua separat respirația toracică și respirația diafragmală	
6.9	Aceste exerciții generale ale aparatului respirator pot fi completate după necesitate	La indicația medicului
7.	Gimnastica pentru aparatul locomotor — se efectuează progresiv și îndelungat:	În dependență de indicații și de starea pacientului
7.1	Se efectuează mișcări pasive la început, apoi active	
7.2	Se efectuează mișcările în articulațiile mâinilor și picioarelor pe rând — ale umerilor, coatelor, degetelor	Întâi la un membru apoi la celălalt se evită forțarea
7.3	Asistenta medicală are mâinile curate și calde	
7.4	Mișcările în cursul zilei trebuie repetate	Pentru a spori efectul
7.5	Asistenta medicală va lucra cu ambele mâini pentru a fixa membrul comod mai aproape de articulație	În caz de exerciții pasive
7.6	Se recomandă exerciții de: — flexie — extensie a articulației — de rotație interioară și exterioară — de abducție—adducție	întindere—strângere, îndoire—dezdoire apropiere—îndepărtare de corp
7.7	Durata gimnasticii este diferită, deoarece se fac nu mai puțin de 3—5 exerciții la fiecare articulație	
8.	Concomitent se vor face și mișcări a coloanei vertebrale prin ridicare — așezare — îndoire-culcare	Va fi nevoie de o persoană ca să ajute
9.	Exercițiile de gimnastică se îmbină cu masajul curativ.	Vezi standardul respectiv

STANDARD

MASAJUL CURATIV LA PACIENTUL IMOBILIZAT

Scopul: De a îmbunătăți circulația sanguină și procesele metabolice.

De a restabili tonusul muscular

De a preveni escarele de decubit.

Indicații: La indicația medicului și va face masajul general sau parțial

MATERIALE NECESARE:

— pudră de talc — ceas

— ulei pentru masaj

— lanolină

— termometru de cameră

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală va preciza indicațiile medicului	
2.	Se explică pacientului necesitatea masajului terapeutic	Ca să înțeleagă și să accepte
3.	Se pregătesc obiectele și condițiile necesare:	Pentru a asigura condițiile
3.1	Bolnavul trebuie dezbrăcat pentru a dezgoli regiunea spatelui	Se asigură acces
3.2	T° în cameră +18 +20°C	Se evită suprarăcirea
3.3	Pielea bolnavului să fie curată și integră	Se va evita infectarea
3.4	Uleiul pentru masaj să fie de t° camerei	Se va evita suprarăcirea
4.	Se va pregăti asistenta medicală sau persoana din familie care va învăța tehnica masajului:	
4.1	Mâinile să fie curate și calde	Combaterea infecției
4.2	Unghiile scurt tăiate	Se evită traumarea pielii pacientului.
4.3	Se scot bijuteriile de pe mâni și gât	
5.	Se recomandă masajul la 2—3 ore după mâncare sau cel puțin cu 30 min. înainte de mâncare	Deoarece în orele mesei sângele este plasat la nivelul organelor abdominale ceea ce împiedică invocarea circulației spatelui
6.	Durata, numărul și metoda masajului va fi indicată de medic; în medie durata este de 10—20 min.	Se va fixa timpul la începutul masajului
7.	Tehnica masajului spatelui:	
7.1	Poziția bolnavului culcată în DV	Se asigură acces mai bun
7.2	Dacă starea pacientului nu permite poziția va fi în decubit lateral — DL	Se va susține postura
7.3	Mâinile bolnavului în DV sunt întinse de-a lungul corpului iar capul pe o pernă mică, pe o parte	Se asigură acces pentru respirație
7.4	La început se efectuează masajul ușor, superficial prin netezire: se umezește mâinile cu pudră de talc sau cu ulei de masaj se fac cu ambele mâini mișcări de netezire — alunecare pe pielea spatelui de jos în sus spre omoplați și gât, sub forma de pieptene și mișcări de sus în jos — dintre omoplați spre fese	Permite alunecarea pielii. Mișcările să fie ușoare, superficiale
7.5	Apoi urmează masajul — fricțiunea — este un masaj mai puternic prin apăsarea țesuturilor cu vârful degetelor sau cu palma ambelor mâni în așa fel ca pielea să se mobilizeze în limita elasticității sale:	
7.5.1	Mișcările vor fi liniare sau circulare (semicirculare) sau sub formă de pieptene; uneori mișcări în spirală	La fel mișcări ușoare deasupra și între omoplat pentru a nu dauna funcția inimii.
7.5.2	Mișcările de masaj să corespundă direcției fibrelor musculare	De la coloana vertebrală spre exterior.
7.5.3	Se așează mâna strâns pe vertebrele lombare și se va mișca în direcția umărului; apăsând cu degetul mare de-a lungul coloanei vertebrale până la ultima vertebră pectorală (toracică)	Celelalte direcții sunt îndreptate spre linia axilară posterioară
7.5.4	De la ultima vertebră pectorală mâna se va îndrepta spre fosa axilară	
7.6	În regiunea occipitală, de-asupra omoplaților, în regiunea interscapulară și a gâtului masajul prin frecțiune se face ușor, lent	Aici sunt situații segmentii nervoși ai măduvei care transmit impulsurile spre inimă și plămâni.
7.7	Se va termina masajul iarăși prin netezire	Se va comunica cu pacientul pe tot parcursul masajului
7.8	Se va supraveghea P și R; TA înainte și după masaj	Pentru a evita complicațiile posibile
8.	După masaj pacientul este instalat în poziția comodă	
9.	Se reorganizează locul de lucru	

STANDARD

MASAJUL CURATIV LA COPII

Scopul: În scop de tratament

Indicații: La indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

- pudră de talc
- scutec sau cearșaf
- ceas
- ulei pentru copii
- termometru de cameră
- masă de înfășat sau obișnuită

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală va preciza indicațiile medicului	Tipul de masaj, locul sau părțile corpului
2.	Se explică mamei necesitatea masajului terapeutic	Ca să înțeleagă și să accepte
3.	Se pregătesc materialele necesare și condițiile următoare:	Se va asigura comoditate
3.1	Să fie pregătit locul. În lipsa mesei de înfășat se folosește orice masă sau pat cu plan dur	Este nevoie de un plan dur
3.2	Se așterne pe masă o pătură acoperită cu scutec, cearșaf	Protecția copilului
3.3	Să fie t° în cameră + 20°C-22°C	Se măsoară cu termometru de cameră
3.4	Copilul trebuie dezbrăcat	Se asigură acces la locul de masaj
3.5	Pielea copilului să fie curată și integră	Pentru a evita infectare
3.6	Uleiul pentru masaj să fie de t° camerei	Se evită suprarăcirea
4.	Se va pregăti asistenta medicală sau mama dacă a însușit tehnica masajului:	
4.1	Măinile să fie carate și calde	Combaterea infecției
4.2	Unghiile scurt tăiate, palmele nebătătorite	Se evită traumarea pielii
4.3	Se scot bijuteriile de pe mâni, degete	Se evită riscul de traumare a pielii
5.	Poziția copilului culcată, în dependență de locul indicat pentru masaj:	Se asigură acces
5.1	Pentru masajul membrelor — DD	Decubit dorsal
5.2	Pentru masajul spatelui, gâtului, feselor — DV	Decubit ventral
5.3	Pentru masajul abdomenului — DD	Decubit dorsal
6.	Metoda masajului este indicată de medic:	În dependență de scop.
6.1	Masajul superficial, ușor prin netezire	
6.2	Asistenta medicală îmbibă mâna cu pudră de talc sau ulei pentru copii	Permite alunecarea fără traumarea pielii
6.3	Mișcările de netezire se fac cu partea palmară a degetelor de la mâna dreaptă	Cu degetul 2 și 3
6.4	Direcția mișcărilor de alunecare-netezire sunt: — a gâtului — de sus în jos — a membrelor — de la degete spre braț — a spatelui — de jos în sus — a abdomenului — cu mișcare circulară în jurul ombilicului, în direcția acului de ceasornic; și cu mișcări de netezire de la pubis spre coaste	
6.5	Se va fixa timpul	Pentru a respecta durata indicată de medic.
7.	Durata masajului, numărul ședințelor sunt indicate de medic	În funcție de boală și efectul urmărit de la masaj
8.	După masaj copilul este îmbrăcat	
9.	Se recomandă repaus total copilului	
10.	Se reorganizează locul de lucru	

Scopul: De a înregistra corect fenomenele bioelectrice din cursul unui ciclu cardiac.
Cu scop de diagnostic.

Indicații: La indicațiile medicului.
În mod urgent, în caz de durere cardiacă acută, de lungă durată — IMA.

MATERIALE NECESARE:

Aparatul ECG, pelicula ECG, 10 electrozi, tampoane de tifon, tăviță, gel special sau soluție NaCL10%, FR, DÎN, alcool 70°.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se anunță pacientul despre necesitatea investigației.	Ca să accepte.
2. Se încurajează și se calmează.	Pentru a înlătura factorii emoționali.
3. Înainte de investigație pacientul să se afle în repaus total timp de 10—15 min.	
4. Poziția pacientului în DD.	Se asigură acces liber.
5. Se va dezgoli treimea inferioară a mâinilor și picioarelor, cutia toracică în regiunea inimii.	Locul fixării electrozilor.
6. Se fixează 4 electrozi pe ambele antebrațe și gambe: 6.1 Se va prelucra pielea în locul aplicării electrozilor cu sol. alcool 70°. 6.2 Se aplică gel pe pielea unde se vor aplica electrozii și pe electrozi. 6.3 Apoi se aplică electrozii cu marcaj de culoare: a) roșie — la mâna dreaptă b) galben — la mâna stângă c) verde — la piciorul stâng d) negru — la piciorul drept.	Treimea inferioară. Pentru degresare. Se asigură înregistrarea corectă. Pentru a înregistra 3 derivații bipolare și 3 unipolare.
7. În total se fixează 10 electrozi - 4 la membre și 6 în regiunea inimii.	Pentru a înregistra 12 derivații.
8. Se fixează 6 electrozi precordial: Se va aplica pe pielea cutiei toracice în regiunea inimii. 8.1 Se va aplica gel pe pielea prelucrată cu alcool 70% în punctele de fixare a electrozilor. 8.2 Se fixează electrodul, para marcată V-1 pe marginea dreaptă a sternului în spațiul intercostal IV. 8.3 Electroductul de culoare galbenă-V-2 se fixează pe marginea stângă a sternului în spațiul IV intercostal. 8.4 Electroductul de culoare verde marcat V-3 se fixează între V-2 și V-4. 8.5 Electroductul de culoare cafenie marcat V-4—în spațiul IV intercostal pe linia medio-claviculară stângă. 8.6 Electroductul de culoare neagră marcat V-5 se fixează în spațiul V intercostal pe linia axilară anterioară. 8.7 Electroductul de culoare violetă V-6 în spațiul V intercostal pe linia axilară medie stângă.	În lipsa gelului se va folosi sol. NaCL 10% V-1—explorează ventricolul drept. V-2—explorează ventricolul drept. V-3 și V-4 explorează septul inter-ventricular. V-5 și V-6 explorează ventricolul stâng.
9. Se pregătește aparatul ECG: 9.1 Se verifică integritatea firelor și cablului 9.2 Se verifică unirea cu pământul. 9.3 Dacă aparatul se alimentează de la acumulator nu este nevoie de unirea cu pământul. 9.4 Se conectează aparatul la circuit. 9.5 Se verifică fixarea peliculei în aparat. 9.6 Se apasă butonul „Deschis”. 9.7 Pe panoul aparatului sunt indicate pe orizontală toate cele 12 derivații: butonul pentru înregistrare, butonul pentru start, stop, butonul pentru a asigura revenirea la poziția inițială de înregistrare ș.a.m.d.	Pentru a evita pericolul electrocutării. Dacă aparatul este electric.

10. Tehnica efectuării 10.1 Se apasă butonul „Start“. 10.2 Se urmăresc pe ecranul aparatului datele care se înregistrează. 10.3 Se apasă butonul de pe panou „Start“ și înregistrăm derivația I. 10.4 Se înregistrează nu mai puțin de 3 cicluri cardiace la fiecare derivație apoi se apasă butonul „Stop“.	Aparatul va fi inclus în circuit. Înainte de a înregistra derivatul I se fac câteva înregistrări de control. Aparatul se va închide
11. Pe rând se vor înregistra toate derivațiile procedând ca în punctul 10.3, 10.4.	
12. După înregistrare se apasă butonul pentru a reveni la poziția inițială și se închide aparatul prin apăsare „Stop“.	
13. Se deconectează electrozii de pe suprafața corpului.	
14. Se înlătură resturile de gel de pe piele cu tampon de vată sau tifon.	
15. Tampoanele folosite se aruncă la resturi. 15.1 Se apasă butonul „Start—Stop“ 15.2 Se scoate din priză. 15.3 Se scoate manșonul și manșeta electrozilor. 15.4 Se dezinfectează suprafața internă și externă cu alcool. 15.5 Se dezinfectează manșetele pe ambele suprafețe, după fiecare pacient.	Combaterea infecției. Combaterea infecției nosocomiale. Prin ștergere cu sol. H ₂ O ₂ - 6%.
16. Pacientul este îmbrăcat și învelit.	
17. Se scoate pelicula din aparat.	
18. Se notează pe marginea stângă a peliculei Numele, Prenumele, vârsta, data, ora înregistrării.	Pentru a nu confunda.
19. Asistenta medicală va nota fiecare derivație I-II-III-AVR-AVL-AVF-V-1,V-2,V-3,V-4,V-5,V-6,	Pelicula se transmite medicului pentru descifrare.
20. Asistenta medicală va anexa la fișa medicală a pacientului ECG descifrată	
21. Se reorganizează locul de lucru. 21.1 Se prelucrează suprafața electrozilor cu alcool 70% 21.2 Tampoanele folosite se dezinfectează conform ordinului în vigoare. 21.3 Se dezinfectează tăvița pentru resturi. 21.4 Asistenta medicală spală mâinile.	Cu scop de dezinfecție. Timp de o oră, apoi se aruncă. Combaterea infecției.

STANDARD**TRANSPORTAREA PACIENTULUI IMOBILIZAT ÎN SCAUN CU ROTILE (CĂRUCIOR) LA INVESTIGAȚII**

Scopul: De a crea comodatitate în timpul transportului;
De a evita unele complicații posibile;
De a proteja pacientul.

Indicații: Pentru pacient grav în caz de necesitate: investigații, mobilizarea, schimbarea posturii.

MATERIALE NECESARE:

cărucior (scaun cu roțile), pătură sau pled, vestimentație.

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele îngrijirii	Argumentarea
1.	Asistenta medicală precizează permisiunea medicului de a transporta pacientul	Ca să se evite contradicțiile
2.	Se verifică integritatea căruciorului (să fie în stare bună)	Să nu aibă defecte
3.	Se așterne pe cărucior o pătură desfăcută	Pentru a putea înveli pacientul
4.	Asistenta medicală anunță pacientul despre necesitatea transportării	Se respectă dreptul la informare și ca să accepte
5.	Pacientul va fi îmbrăcat și încălțat	În dependență de anotimp
6.	Asistenta medicală are nevoie de ajutor	Infirmeră sau altă asistentă medicală
7.	Se așează căruciorul cu marginea laterală lipită de latura patului	Se asigură comodatitate
8.	Pacientul se ridică în poziție șezând la marginea patului	Fiind susținut cu ambele mâini sau brațe
9.	Poziția asistentei medicale în fața pacientului semișezând și fixează mâinile sub axe la pacient	Se asigură comodatitate
10.	Pacientul se sprijină cu mâinile de umerii asistentei medicale	
11.	Altă asistentă medicală susține pacientul pe la spate	Fixând mâinile de corpul pacientului
12.	Ambele asistente medicale concomitent ridică pacientul în picioare și-l întoarce cu spatele către cărucior	
13.	Îl așează atent în cărucior	Spatele să fie bine sprijinit
14.	Se învelește pacientul cu cealaltă jumătate a pledului	Pentru a evita suprarăcirea, în dependență de anotimp
15.	Asistenta medicală fixează picioarele pacientului pe bara anexată sau pe un scăunel	Pentru sprijin
16.	Pacientul va fi transportat atent	În dependență de indicații
17.	Transferarea pacientului din cărucior în pat:	
17.1	Se lipește căruciorul cu marginea laterală de marginea patului	
17.2	Dacă asistenta medicală este singură, își fixează mâinile sub brațul pacientului	Pentru a-l fixa bine
17.3	Încet îl ridică în picioare	
17.4	Face o mișcare de semi rotație și așează pacientul la marginea patului	
17.5	Înlătură căruciorul de lângă pat	Se asigură acces total la patul pacientului
17.6	Îl ajută pe pacient să se dezbrace	
17.7	Îl ajută pe pacient să se culce, și-l învelește.	

STANDARD

TRANSPORTAREA PACIENTULUI CU TARGA (BRANCARDA)

Scopul: De a asigura postura necesară în timpul transportului;
Pentru a respecta poziția orizontală a pacientului în timpul transportului

Indicații: Stare inconștientă;
Pacienți cu insuficiență cardio-pulmonară;
Pacienți cu traumatisme;
În perioada postoperatorie.

MATERIALE NECESARE:

brancarda, pătură, cearșaf, mușama, scutec, o pernă subțire.

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală precizează necesitatea acestei transportări	La indicația medicului
2.	Se pregătește brancarda:	
2.1	Se dezinfectează suprafața	Vezi Standardul
2.2	Se așterne o pătură sau saltea	
2.3	Se acoperă cu un cearșaf	
2.4	Se așterne o mușama și un scutec	În incontinență de urină sau fecale
2.5	Se pune o pernă subțire	
2.6	Se pregătește o pătură pentru a-l înveli	
3.	Asistenta medicală informează pacientul sau rudele despre necesitatea acestei transportări	Ca să accepte și să înțeleagă
4.	Targa (brancarda) va fi fixată din ambele părți de către două persoane în așa fel ca să fie la marginea patului	De-a lungul patului
5.	Transferarea pacientului pe targă se efectuează de către trei persoane	
6.	Persoanele se vor instala de-a lungul patului de partea târgii (brancardei)	
7.	Prima persoană ajută pacientul și-i susține capul și toracele	
8.	A doua persoană sprijină pacientul în regiunea lombară și fesieră	
9.	A treia persoană susține pacientul sub membrele inferioare	
10.	Concomitent cele trei persoane ridică pacientul	
11.	Apoi toți trei fac un pas înapoi	
12.	Cele două persoane care țin targa, ridică marginea ei de lângă pat în poziția orizontală sub pacient.	
13.	Se așează pacientul pe targă, se învelește și se transportă	
14.	Poziția pacientului pe targă depinde de afecțiune (boală)	
14.1	În DD (decubit dorsal) — pacienții cu traumatisme abdominale — suspexie la fractura coloanei vertebrale — cu fractura bazinului — cu leziuni a membrelor superioare și inferioare — pacienți în stare de șoc și cu hemoragii, picioarele fiind ridicate.	Conform cerințelor
14.2	În decubit lateral (DL) — pacienții în stare de comă	-/-
14.3	În decubit ventral: — în leziuni ale spatelui, a regiunii fesiere și a craniului partea posterioară (la ceafă)	-/-
14.4	În poziția Trendelenburg (cu înclinare 15°) — pacienții în stare de șoc — în colaps	-/-
14.5	În poziție decubit dorsal (DD) se mai transportă bolnavii psihici, dar vor fi imobilizați pe targă.	-/-

14.6	În poziție semișezînd: — în traumatisme craniene — în leziuni ale gâtului — în traume toracale — în insuficiență cardio-respiratorie — în leziuni abdominale.	Conform cerințelor
15.	O altă metode de așezare a pacientului pe targă:	
15.1	Se pregătește targa	Vezi punctul 2
15.2	Se repetă punctele 3;4.	
15.3	Se scoate perna de sub cap	
15.4	Pacientul este îmbrăcat	În dependență de indicația transportării
15.5	Două sau trei persoane apucă cearșaful de-a lungul	
15.6	Concomitent ridică cearșaful cu tot cu pacient și-l instalează pe targă	Pacientul va fi susținut de a treia persoană sub regiunea lombară și fesieră.
15.7	Pacientul este învelit si transportat.	

STANDARD

TRANSPORTAREA PACIENTULUI DIN SALA DE OPERAȚIE

Scopul: Ca în timpul transportului de a evita complicațiile posibile

Indicații: Toți pacienții după operație cu anestezie generală și cei intubați

MATERIALE NECESARE:

- brancarda;
- așternut fără pernă

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Asistenta medicală pregătește brancarda	Se folosește brancarda din secție
Este invitată în blocul operator prin telefon	
Pacienta este transferată de pe masa de operație pe brancardă de 4 persoane	Se va transfera atent, lent
Se va instala pe brancardă în DD cu capul pe o parte	Pentru a preveni aspirarea secrețiilor
Pacienta se învelește	Se evită suprarăcirea
Urmărește ca drenul, sondele, perfuzia, să nu fie comprimate	Se asigură continuitatea tratamentului
Se va transporta atent fără zdruncinături	Se vor evita complicațiile
Asistenta medicală va urmări în timpul transportării aspectul feței, respirația și perfuzia	Pentru a evita complicațiile
În secție urmează să fie transferată în pat	Vezi standardul respectiv

STANDARD

INSTALAREA PACIENTULUI OPERAT ÎN PAT

Scopul: Crearea condițiilor maxime de confort

Indicații: Pentru toți bolnavii după operație

MATERIALE NECESARE:

- pat funcțional;
- mușama pentru jumătatea inferioară a corpului;
- cearșaf;
- fără pernă;
- plapumă;
- cearșaf pentru plapumă;
- anexele patului.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Se pregătește salonul	
Se face coarțarea salonului timp de 15 minute	Acțiune bactericidă
Se aerisește încăperea	
Patul să fie instalat comod, să permită acces din toate părțile	Combaterea infecției
Se dezinfectează partea din cauciuc a saltei	Salteaua e de dorit să fie antidecubit
Dacă salteaua nu are mușama, se așterne o aleză de cauciuc dezinfectată	
Se așterne cearșaful	Să fie călcat cu fierul fierbinte
Se învelește plapuma în cearșaf	În dependență de anotimp
Se încălzește patul cu un termofoar	În timpul rece se evită suprarăcirea
Se verifică temperatura camerei +18° +20°C	
Pacientul e transportat din blocul operator de către personalul din secția respectivă	Se transferă pe brancardă cu roțile mari. Se supraveghează permanent
Transferarea lui de pe brancardă pe pat	Vezi standardul
Așternutul de pe brancardă e al pacientului	În caz când e lipsă în secție
Participă 4 persoane	Se asigură uniform transferarea în poziția orizontală. În caz când pacientul e intubat
Medicul va susține capul	
Mâna unde se face perfuzia e fixată de alt personal	Se asigură continuitatea perfuziei
Se transferă cu tot cu cearșaf pe pat	Se evită orice traumă. Mișcările să fie sincrone
Învelim pacientul	

STANDARD

POZIȚIA PACIENTULUI OPERAT ÎN PAT

Scopul: Pentru a menține funcțiile vitale
Pentru a evita complicațiile
Pentru prevenirea escarelor

Indicații: Pentru perioada postoperatorie

MATERIALE NECESARE:

- pat funcțional;
- suport la cap;
- suport la picioare;
- bara laterală;
- mânerul de asupra capului;
- bara de asupra capului;
- suport pentru sistemul de perfuzie;
- suport pentru ploscă și urinar;
- păaturi rulate sul;
- vase pentru drenuri;
- prelungitoare de cauciuc (sterile), sonde;

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
Poziția inițială decubit dorsal — DD	Asigură o circulație mai bună
Capul întors pe o parte	Pentru a preveni aspirarea maselor vomitive în caz de vomă
Sub bărbie se așterne un scutec sau ștergar	Pentru a înlătura saliva, mucozitățile eliminate
Dacă e intubat capul e ținut drept	Pentru a evita trauma traheii
Se protejează cavitatea bucală și lenjeria prin instalarea unui ștergar	În caz de vomă se servește tăvița renală
Se vor racorda drenurile la recipiente	Se asigură supravegherea eliminărilor. Vasul e fixat în suport special
Dacă e necesar se atașează sonde	Ca să ajungă până la recipient.
După extubare schimbăm postura la fiecare 30 minute: În decubit lateral drept (DLD) — se fixează o pătură rulată sul în regiunea cutiei toracice și bazin; În decubit lateral stâng (DLS) se procedează la fel.	Pentru a-i ușura menținerea posturii. Să asigure circulația mai bună
Asistenta elaborează un orar al schimbării posturii în prima zi după operație	Exemplu: 10.00 — DD 10 ³⁰ — DLS 11 ⁰⁰ — DD 11 ³⁰ — DLD și așa mai departe
A doua zi bolnavul schimbă singur postura, ținându-se de bară	Orarul depinde de indicații
Pentru pacienții cardiaci, obezi, operați la sân și cutia toracică poziția va fi semișezândă — poziția TOWLER — cu genunchii flectați, cu un sul sub ei	Se asigură o circulație favorabilă

Scopul: Se va preveni orice complicație postoperatorie

Indicații: Pentru fiecare pacient imediat după operație.
Supravegherea atentă după operație a reflexelor și până la revenirea completă a stării de conștiință

MATERIALE NECESARE:

- ceas cu secundar;
- tensiometru;
- punga cu gheață;
- termofor (în caz de necesitate);
- fișa de reanimare.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Supravegherea faciesului: 1.1 Culoarea feței; 1.2 Dacă fața e palidă pronunțat și are transpirație rece anunțăm urgent medicul; 1.3 Dacă buzele și fața sunt cianotice, se administrează oxigen; 1.4 Se supraveghează culoarea unghiilor.	E începutul unui șoc. se acordă asistența de urgență Indică insuficiența respiratorie sau circulatorie Dacă sunt cianotice are loc insuficiența circulatorie
2. Se supraveghează extremitățile, mâinile, picioarele, nasul, urechile	Dacă sunt reci și palide indică insuficiența circulatorie. Se aplică termoforul
3. Supravegherea mucoaselor — limba să fie umedă și curată: — Dacă e limba uscată și saburală indică deshidratare	De a evita deshidratarea prin perfuzii la indicația medicului
4. Se supraveghează comportamentul: 4.1 La trezire poate fi agitație; 4.2 Supraveghem permanent, să nu-și smulgă pansamentul, perfuzia, drenurile; 4.3 Să nu se ridice din pat.	Acțiunea medicației Se asigură evitarea diverselor pericole
5. Se supraveghează respirația: 5.1 Respirația să fie ritmică, liniștită; 5.2 Poate apărea căderea limbii, se instalează pipa; 5.3 Se supraveghează tusea, expectorația; 5.4 Orice modificare a respirației se va anunța medicul; 5.5 Se aspiră în funcție de caz mucozitățile din faringe; 5.6 În caz de necesitate se administrează oxigen.	Pipa împiedică căderea limbii Se evită pericolul asfixiei Oxigenul prin mască să fie umezit
6. Supravegherea TA, pulsului, pansamentului și evacuarea vezicii urinare	Sunt supravegheri obligatorii

STANDARD**SUPRAVEGHEREA PLĂGII ȘI A PANSAMENTULUI.**

Scopul: De a observa la timp posibila hemoragie

Indicații: La toate pacientele operate

MATERIALE NECESARE:

— Nu sunt

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. După instalarea bolnavei operate în pat asistenta medicală examinează atent pansamentul: 1.1 Se examinează fixarea pansamentului; 1.2 Dacă toată plaga este bine acoperită cu pansament; 1.3 Dacă suprafața pansamentului este curată și uscată.	Permite evitarea complicațiilor Indică evoluția bună a stării pansamentului
2. Dacă se observă că pansamentul este îmbibat total cu sânge se anunță urgent medicul	Indică o hemoragie
3. La indicația medicului se va schimba pansamentul	Vezi standardul
4. Se asigură supravegherea la fiecare oră în primele 24 ore.	Peste 24 ore dacă pansamentul este uscat și curat se supraveghează mai rar

ROLUL MORAL AL ASISTENTEI MEDICALE ÎN PERIOADA POSTOPERATORIE.

Scopul: Ca asistenta medicală să cunoască și să efectueze toate cerințele referitoare la îngrijirile postoperatorii.

Indicații: Perioada postoperatorie

Componentele principale ale conduitei morale a asistentei medicale:

- Pentru pacient este foarte important rolul de îngrijire în perioada pre și postoperatorie.
- În perioada preoperatorie rolul asistentei medicale este a pregăti fizic și psihic (moral) pacientul către operație.
- În perioada postoperatorie rolul asistentei medicale constă în ajutor pentru a ușura restabilirea completă a pacientului.
- După instalarea în pat, bolnavul postoperator trebuie să găsească lângă el o asistentă medicală binevoitoare, atentă și eficientă.
- Pacientul trebuie să înțeleagă că asistenta medicală este gată să-l ajute, să-l învețe să se ajute singur și să-i grăbească vindecarea.
- Asistenta medicală va lucra cu capul, sufletul, cu mâinile și propria conștiință pentru a nu lăsa nimic la voia întâmplării și să conlucreze în echipă acordând îngrijiri continue. Asistenta medicală va ține cont că persoana operată este temporar dezechilibrată, foarte vulnerabilă, cu suferințe fizice și care este exclusă temporar din viața familială.
- Asistenta medicală va da dovadă de inteligență, abilitate, de la bun început și pe tot parcursul îngrijirilor.
- Asistenta medicală va asigura confortul, calmul pacientului, va educa pacientul și familia, va reduce anxietatea rudelor, va proteja pacientul de vizite obositoare.
- Scopul principal al asistentei medical este alinarea suferințelor fizice și psihice ale bolnavului postoperator.
- Asistenta medicală prin gesturile și comportamentul său va oferi încredere în echipa de îngrijire, un grad crescut de confort, un climat favorabil refacerii cu blândețea și fermitatea sa.
- Se va crea un climat de încredere și siguranță.
- Asistenta medicală va reduce prin comunicarea sa anxietatea pacientului.
- Asistenta medicală în afară de profesionalism va arăta amabilitatea sa, discreția, bunăvoința, răbdarea.
- Uneori pacientul are nevoie de ajutorul asistentei medicale în menținerea credinței sale.

Scopul: De a asigura căile respiratorii libere.

Indicații: Imediat după extubația postoperatorie;
În prezența semnelor de obturație a căilor respiratorii;
În stare inconștientă;
În procese bronșice și pulmonare purulente

MATERIALE NECESARE:

- aspirator electric;
- sonde sterile;
- tăviță și scutec steril;
- depărtător de dinți;
- fixator de limbă;
- tampoane de vată;
- mănuși sterile;
- prosop.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Pregătirea asistentei medicale	
1.1 Spălarea mâinilor și dezinfectarea lor	Pentru a combate infecția
1.2 Îmbrăcarea mănușilor sterile	Pentru protecție
2. Materialele pregătite se transportă în salon lângă pacient	Pentru a asigura comoditate
3. Pregătirea pacientului	
3.1 Pregătirea psihică, se calmează se explică necesitatea	Ca pacientul să înțeleagă și să accepte
3.2 Se asigură intimitatea pacientului	Printr-un paravan
3.3 Poziția pacientului: a) Dacă e conștient — semișezând cu capul pe o parte; b) Dacă este inconștient — poziția este în DL cu fața la asistenta medicală.	Se asigură comoditate
4. Se va proteja lenjeria cu un prosop	Se fixează sub bărbie
5. Tehnica aspirării	
5.1 Se măsoară lungimea sondei — de la gură la tragus sau de la nas la tragus	Dacă sonda se introduce prin nas
5.2 Se fixează sonda la aparatul de aspirare	
5.3 Capătul sondei se umezește	Cu apă simplă ca să alunece ușor
5.4 Se introduce în cavitatea bucală capătul sondei	
5.5 Se deschide aparatul și se aspiră 15 sec., rotind sonda pe toată suprafața cavității bucale	Se asigură aspirarea secrețiilor
5.6 Se extrage sonda	
5.7 Se clătește în apă sterilă din tăviță, făcând o singură aspirație	Pentru a curăța lumenul sondei
5.8 Se deconectează aparatul	
6. Se lasă pacientul să se odihnească 15—20 sec.	Ca să se calmeze
7. Se roagă pacientul să tușească	Ca să expectoreze
8. Se repetă din nou aspirația și toată procedura precedentă	Vezi punctele 5.4—5.8
9. Se detașează sonda	
10. Asistenta medicală va face igiena cavității bucale	
11. Dacă s-a folosit depărtătorul de dinți și fixatorul de limbă se înlătură și se prelucrează după Standarde	Se va spăla și dezinfecta
12. Se reorganizează locul de lucru	
13. Pacientul se instalează comod în pat	

STANDARD

COMBATAREA COMPLICAȚIILOR PULMONARE

Scopul: De a evita pericolul apariției pneumoniei de stază

Indicații: Perioada postoperatorie
Persoane în vîrsta operate.
Bolnavii imobilizați
În boli respiratorii cronice

Complicații pulmonare:

1. Staza secreției bronșice
2. Suprainfecția
3. Pneumonia de stază

MATERIALE NECESARE:

aspirator electric, inhalator cu aerosol, scuipător individual, termometru pentru cameră, termometru pentru corp

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Evitarea frigului și suprarăcirii	
1.1	Se menține t° constantă în salon	+18+20°C
1.2	Se menține umiditatea în salon	40%—60%
1.3	Se aerisește frecvent încăperea	Concentrația O ₂ să fie 21%
1.4	Se evită curentul și suprarăcirea	
1.5	Se evită frigul mai ales noaptea	Se învelește bine
2.	Dezinfectarea nazofaringiană:	
2.1	Dacă sunt eliminări de sputa se înlătură prin curățire sau expectorație	Se va curăți nasul
2.2	Se menține respirație nazală liberă	Pentru a facilita respirația
2.3	Se evită vizitele sau se reduc la maxim	Pentru a combate infecția nazocomială.
2.4	Inhalații nazale 2 ori în 24 ore cu sol. euphilină și dexametazon	La indicația medicului
2.5	În caz de alergii — antihistaminice	La indicația medicului.
2.6	Se introduc tampoane în nas cu sol. Bicarbonat de Na 2%	Se menține umiditatea mucoasei.
3.	Exerciții respiratorii:	
3.1	Medicul specialist de 2 ori/zi învață pacientul gimnastică respiratorie	În mod individual
3.2	Schimbăm postura pacientului la fiecare 2 ore	După schema-standard
3.3	Se redă postura de drenaj.	Favorizează expectorația și respirația
4.	Înlăturarea obstrucției bronșice și alveolare	
4.1	Învățăm pacientul să tușească	Protecția de infecție
4.2	Ca pacientul să expectoreze și-l învață cum, unde	În scuipător individual
4.3	În timpul tusei învățăm pacientul să fixeze pansamentul cu mîna	Se va proteja de încordare
4.4	Masaj al cutei toracice cu alcool diluat 2 ori pe zi.	Se va îmbunătăți circulația
4.5	Supravegherea cantității și aspectului sputei	Pentru a le nota
5.	Supravegherea respirației	
6.	Supravegherea temperaturii	
7.	Servesc expectorante (ceai, medicamente) la t°-ra camerei	La indicația medicului
8.	Menține postura de drenaj la pacientul slăbit, grav, folosind anexele patului.	Pentru a ușura evacuarea sputei

STANDARD

COMBATAREA STAZEI VENOASE

Scopul: De a preveni tromboza venoasă

Indicații: La bolnavii imobilizați;
Perioada postoperatorie;
La pacienți cu boala varicoasă.

MATERIALE NECESARE:

- Bandă elastică lată;
- Ciorapi elastici;

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se recomandă sculatul din pat cu ajutor în seara zilei de operație	Dacă nu sunt contraindicații. Este metoda cea mai eficientă de prevenire a stazei venoase
2. Cel târziu scularea din pat se recomandă a doua zi dimineața: 2.1 Înainte de a ridica pacientul din pat verificăm dacă nu sunt edeme la gambe; 2.2 Măsurăm TA în poziție culcată, apoi șezândă; 2.3 Ridicarea se face treptat: a) Întâi la marginea patului își lasă gambele în jos fiind culcat; b) Face un pic de gimnastică respiratorie: în inspirație — brațele ridicate sus, în expirație — coborârea mâinilor 2.4 Se scoală în poziție șezândă; 2.5 Îl ajutăm să se scoale în picioare; 2.6 Îl susținem ca să facă câțiva pași	Se verifică semnele stazei venoase TA să fie normală Face mișcări cu picioarele fiind culcat Este deprinderea treptată la mișcare Cu ajutor, se va sprijini dacă e slăbit Dacă nu sunt vertije, paliditate Urmărim faciesul, reacția la acest efort
3. La început să meargă puțin fiind sprijinit de asistenta medicală	Să nu exagereze, să nu facă abuz
4. Asistenta medicală va ține cont de ceea ce simte și doarește pacientul	Dacă vrea să mai meargă sau să se oprească
5. După câțiva pași se va așeza pe scaun sau în fotoliu	
6. Prima ridicare precoce este indicată la orice vârstă	Dacă nu sunt contraindicații
7. Slăbiciunile generale, starea generală slăbită, obezitatea, deshidratarea nu sunt obstacole pentru ridicarea din pat	
8. Dacă pacientul operat are sonde, drenuri, perfuzii la fel trebuie ridicat precoce din pat fixându-le și susținându-le	Asistenta medicală va fixa drenurile și sondele comod
8.1 Se recomandă pentru combaterea stazei venoase exerciții, mișcări active ale membrelor inferioare. 8.2 Treptat se ajunge până la 10 mișcări cu contracții ale gambelor și revenire la loc apoi pauză; 8.3 Se repetă de câteva ori pe zi.	Asistenta medicală va învăța pacientul succesiunea mișcărilor Mișcările să fie active
8.4 Exerciții la degetele de la picioare prin flexia și extensia lor	De câteva ori pe zi
8.5 Pacientul va face extensia și flexia genunchilor până la 10 exerciții de câteva ori pe zi	Sub controlul Chinetoterapeut
8.6 Se recomandă mișcări de pedalare a picioarelor în pat la fel de câteva ori pe zi	Se va antrena și articulația șoldului
9. La pacienții cu varice se vor pansa gambele și coapsele cu bandă elastică	Se fixează de jos în sus, se recomandă înainte de a fi ridicat din pat
10. La indicația medicului se administrează anticoagulante	Sub controlul protrombinei, fibrinogenului, și duratei hemoragiei la indicația medicului.

STANDARD

COMBATAREA PAREZEI INTESTINALE

Scopul: De a preveni apariția parezei
De a înlătura semnele parezei în termen cât mai scurt.

Indicații: La toți pacienții cu intervenții chirurgicale abdominale

Manifestări: Apare distensia digestivă, retenția gazelor — meteorism; retenția lichidelor intestinale. Întârzierea tranzitului intestinal; apare greața, vărsătura, disconfort și anorexie.

MATERIALE NECESARE:

- tub de evacuare a gazelor;
- scutec, mușama, ploscă;
- vas cu apă; vazelină;
- ser fiziologic;
- microclisme sterile;
- canule sterile;
- infuzie de mușetel;
- tinctură de Valeriană;
- apă caldă;
- tăviță pentru resturi;
- pense

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se supraveghează abdomenul, greața	
2. În meteorism și retenția gazelor se aplică tubul de evacuare a gazelor pe 2 ore	Vezi Standardul
3. La indicația medicului se face microclisma	Clisma medicamentoasă
4. Materialele necesare sunt pregătite și transportate lângă bolnav	Pentru a asigura comodatitate
5. Se previne pacientul. Se informează	Ca să accepte procedura
6. Se măsoară temperatura infuziei de mușetel	Temperatura 35—36°C
7. Dacă este indicată t-ra, valeriana se va dizolva o linguriță mixtură la 150 ml apă	
8. Se efectuează clisma terapeutică după clisma evacuatoare	Vezi standardul
9. Tehnica clisme terapeutice — microclisma	
9.1 Pacientul se întoarce în DLS	Se asigură poziție fiziologică comodă
9.2 Sub bazin se așterne mușama cu scutec deasupra	Pentru a proteja lenjeria
9.3 Se lubrefiază canula cu vazelină	Pentru a evita traumarea anusului
9.4 În pară se aspiră 150mg sol pregătită	La indicația medicului
9.5 Apoi se fixează canula la pară	
9.6 Cu mâna stângă să desfac fesele	Se asigură acces la orificiul anal
9.7 Cu pensa în mâna dreaptă cu un tampon de vată îmbibat cu ser fiziologic se prelucrează orificiul anal	Pentru dezinfectare. Tamponul se aruncă la resturi
9.8 În mâna dreaptă se ia para de cauciuc și se va evacua aerul	Atent până apare soluția în canulă
9.9 Lent se introduce canula în rect 2—3 cm în direcția vezicii urinare	Ca să treacă de sfincterul anal
9.10 Apoi se înaintează orientând vârful canulei paralel cu coccisul	Ca să fie în lungul ampulei rectale
9.11 Se introduce în total 10—12 cm	
9.12 Se apasă lent para ca soluția să pătrundă toată în rect	Dacă se va forța apare lichidul din rect, se pune în tăviță
9.13 Se scoate canula cu para	
9.14 Se țin fesele strâns ca lichidul medicamentos să rămână și să-și facă efectul	Se urmărește apoi efectul Valeriane sau infuziei de mușetel — apar gazele
10. Se reorganizează locul de lucru	
11. Toate obiectele folosite se spală, se curăță, se dezinfectează	Combaterea infecției

STANDARD SUPRAVEGHEREA ELIMINĂRILOR VAGINALE.

Scopul: Pentru a interpreta prezența sau absența hemoragiei

Indicații: La toate pacientele operate

MATERIALE NECESARE:

- scutec steril;
- mușama;
- cântar;

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. După operație scutecul este fixat în regiunea pelviană	Scutecul steril
2. Sub bazinul pacientei se așterne mușama cu scutec deasupra	Pentru a proteja lenjeria
3. După instalarea în pat pacienta va fi examinată la fiecare 30 minute	Pentru a stabili cantitatea de sânge eliminată
4. Se examinează culoarea sângelui de pe scutec, caracterul, cantitatea	Cantitatea se apreciază vizual
5. Dacă eliminările sunt mici examinarea se va efectua peste fiecare oră	
6. Dacă eliminările sunt abundente, cu cheaguri se anunță medicul	Pentru a acorda ajutorul urgent
7. Pentru a preciza cantitatea hemoragiei scutecul se va cântări	Poate fi hemoragie mai mult 300 ml
8. Concomitent se examinează funcțiile vitale	R, P, TA

STANDARD SUPRAVEGHEREA PANSAMENTULUI ȘI PLĂGII POSTOPERATORII

Scopul: Ca pansamentul de pe plagă să se mențină uscat.
Ca plaga să nu se infecteze.

Indicații: Prezența plăgii postoperatorii și a pansamentului steril fixat.
Pentru a observa la timp posibila hemoragie din plagă.

MATERIALE NECESARE:

Material steril pentru pansament, necesarul pentru fixarea pansamentului, foaia de reanimare, dosarul de îngrijire nursing, fișa medicală

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Imediat după instalarea în pat a bolnavului operat se va examina pansamentul.	Aspectul general.
2.	Se observă dacă e fixat bine.	E posibil în timpul transportării să se slăbească fixajul.
3.	Se observă dacă e uscat pansamentul sau dacă e umed.	Vizual se examinează
4.	Dacă e umed se observă și se notează culoarea eliminărilor din plagă și cantitatea.	Notare în foaia de reanimare și în dosarul de îngrijire.
5.	Dacă este fixat drenul în plagă se va urmări dacă se elimină prin el exudat.	Se observă culoarea, cantitatea.
6.	Se va interpreta și nota eliminările respective.	Evidența pierderilor de lichid
7.	Dacă pansamentul e îmbibat cu exudat se anunță medicul și se schimbă pansamentul pe loc.	La indicația medicului.
8.	Dacă exudatul de pe pansament e roșu, indică hemoragie și prezintă o urgență.	Se acordă ajutorul urgent indicat de medic.
9.	Se schimbă pansamentul steril și se observă aspectul plăgii.	
10.	Prelucrarea plăgii se face cu soluțiile indicate de medic.	Vezi standardul
11.	Pansamentul se schimbă ori de câte ori este nevoie.	

STANDARD

SCOATEREA SUTURILOR ȘI TUBURILOR DE DRENAJ

Scopul: De a efectua corect procedura scoaterii suturilor și drenurilor.
De a evita riscul infectării.

Indicații: Conform indicațiilor medicului.

MATERIALE NECESARE:

- Mănuși sterile;
- Foarfece steril;
- Compresă sterilă de tifon;
- Tinctură Iod 5%;
- Soluție dezinfectantă: H₂O₂ 6%, sol. Lisoformin 1,5% sau la recomandările ordinelor în vigoare ale MS.
- Pense sterile;
- Tăviță pentru resturi;
- Tampoane sterile;
- Alcool etilic 70°;

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se anunță pacientul despre necesitatea procedurii.	Se respectă dreptul pacientului la informație.
2.	Pregătirea asistentei medicale către procedură: a) Îmbracă echipamentul respectiv; b) Spălarea pe mâini, dezinfectarea lor și îmbrăcarea mănușilor sterile:	Vezi Standardul. Combaterea infecției
3.	Asistenta medicală pregătește materialele necesare pe măsuta pentru pansamente.	Se asigură comoditate.
4.	Se invită pacientul în sala de pansamente.	În caz de necesitate se va transporta cu căruciorul sau brancardă.
5.	Pacientul ia poziția D.D.	
6.	Se dezgolește locul plăgii.	Se asigură acces.
7.	Cu o pensă sterilă se scoate pansamentul de pe plagă.	Se dezinfectează apoi se aruncă.
8.	Se prelucrează suprafața suturată a plăgii cu un tampon umezit cu alcool, tinctură Iod 5%.	
9.	În mîna stîngă se ia pensa sterilă, iar în mîna dreaptă se ia foarfecele steril.	
10.	Atent pensa se fixează pe firul suturii mai aproape de ligatură (nod).	Se asigură comoditatea.
11.	Se trage ușor firul în sus până la apariția porțiunii curate a firului din plagă.	Este locul unde se va tăia firul.
12.	Atent se va tăia cu foarfecele steril firul suturii în locul ieșit din plagă.	Se evită infectarea.
13.	Cu pensa din mîna stîngă se extrage atent firul suturii.	Se scot tot așa celelalte suturi.
14.	Suturile scoase se vor instala pe o compresă sterilă de tifon.	Toate suturile scoase învelite în compresă se dezinfectează, apoi se aruncă la deșeuri.
15.	Se repetă badijonarea plăgii cu tampon steril umezit cu alcool.	
16.	Se aplică compresa sterilă și se fixează.	Pentru a proteja plaga.
17.	Scoaterea drenului din plagă.	
17.1	Se badijonează locul în jurul drenului cu tinctură Iod 5%.	Pentru dezinfectare.
17.2	Cu foarfecele se înlătură sutura care fixează drenul.	Vezi scoaterea suturii de pe plagă.
17.3	Cu pensa sterilă fixată mai aproape de plagă pe tub se extrage atent drenul din plagă.	Să nu provoace durere
17.4	Se va comunica cu pacientul pentru a fi calmat.	Reducerea durerii.
17.5	Se va supraveghea caracterul eliminărilor în locul unde a fost drenul.	
17.6	Drenul extras se dezinfectează, apoi se aruncă.	Conform ordinelor în vigoare ale MS.
17.7	Se badijonează plaga în locul drenului extras cu tinctură Iod 5%.	Profilaxia infecției.
17.8	Se aplică pansamentul uscat steril pe plagă.	Vezi Standardul.
17.9	Se îmbracă pacientul și se transportă în salon.	Sau este condos
17.10	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD

MONITORIZAREA ȘI COMBATAREA DURERII

Scopul: De a reduce intensitatea durerii și a suferinței

Indicații: Pentru toți pacienții în perioada postoperatorie
Pentru toți pacienții cu durere acută

Cauzele durerii:

- Durerea parietală — prin distenția și tracțiunea musculară în locul suturilor profunde.
- Prezența unui hematom în regiunea plăgii.
- Durerea superficială în regiunea plăgii din cauza suturilor și hipersensibilității individuale.
- Dureri profunde din cauza distenției viscerale a tubului digestiv.
- Dureri profunde din cauza colicii abdominale.
- Durere din cauza congestiei pelviene.
- Durere în locul aflării drenului din cauza profunzimii.
- Durere cauzată de pansament prea strâns.
- Durere cauzată de pansament îmbibat cu sânge sau secreții.
- Durere de inflamație, spasm, tumoare

MATERIALE NECESARE:

- Ceas pentru monitorizarea în timp a durerii.
- Dosarul de îngrijire Nursing — D.Î.N.
- Fișa de reanimare/terapie intensivă

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală va supraveghea durerea prin monitorizare	
1.1 Se precizează caracterul durerii	Prin comunicare
1.2 Localizarea precisă a durerii	Prin comunicare și palpare
1.3 Se precizează intensitatea durerii	Acută, subacută
1.4 Se fixează în timp durata durerii	Monitorizarea în timp-permanentă, periodică
1.5 Împreună cu pacientul se va stabili dacă durerea timp de o oră este în creștere sau rămâne aceeași intensitate	Se va fixa timpul
1.6 Pacienta să observe cauza intensificării durerii	Respirația profundă, mișcarea, emoția, reținerea gazelor și a micțiunii
1.7 La fiecare oră asistenta medicală va aprecia caracteristica durerii: caracterul, localizarea, durata, iradierea, intensitatea	Se notează în dosarul de îngrijire și fișa de reanimare
2. Asistenta medicală va urmări reacția pacientului la durere: strigăt, plâns, văicăreală, gemete, grimase diferite, agitație, imobilitate, fixația părții dureroase cu mâna; la unii fața crispată; scrâșnesc din dinți; este redusă capacitatea de atenție, au insomnie, refuză să comunice sau pune multe întrebări	Care sunt manifestările — la fiecare pacient individualizat
3. Asistenta medicală va ajuta pacienta să descrie corect durerea	Prin întrebări
4. Combaterea durerii — îngrijirea în durerea acută	
4.1 Se așează pacientul în poziție comodă - antalgică	Care va ameliora durerea
4.2 Lenjeria de pat și de corp să fie comodă, curată, întinsă bine fără cute	Se creează confort
4.3 Se vor fixa drenurile, sondele ca pacientului să-i fie comod	
4.4 Pansamentele umede se vor schimba la timp	Combaterea durerii și infecției
4.5 Se vor lărgi bandajele, pansamentele prea strânse	Se evită durerea de compresie, constrângere
4.6 Prevenirea retenției urinare	Sondajul vezical
4.7 Prevenirea retenției gazelor și constipația	Se aplică tubul de gaze și clisma evacuatoare
4.8 Va fi învățat ca în timpul tusei să susțină pansamentul	Reduce încordarea regiunii plăgii și se evită riscul ruperii.
4.9 Se aplică punga cu gheață	La necesitate, după indicații
4.10 Masaj ușor în locul dureros	Fără a dăuna

4.11 Se comunică mai frecvent și se va încuraja	Se va reduce anxietatea
4.12 Va fi învățat tehnici de relaxare pentru a reduce anxietatea	La alegerea pacientului
5. Asistenta medicală va distra atenția de la durere: 5.1 Citirea unui ziar; 5.2 Un dialog plăcut; 5.3 Vizionarea TV; 5.4 Audierea muzicii.	La doleanța pacientului și după disponibilitate
6. Asistenta medicală promovează un concept de sine pozitiv: 6.1 Încurajează pacientul la orice progres obținut; 6.2 Se va implica pacientul în efectuarea unor îngrijiri ale sale.	Prin comunicare frecventă
7. Se supraveghează efectul medicației prescrise: 7.1 Se folosesc metode de autosugestie pentru a distra de la durere; 7.2 Învăță pacientul autocontrolul durerii	La indicația medicului

STANDARD

PREVENIREA ESCARELOR DE DECUBIT

Scopul: Îngrijirea pielii în locurile posibile de apariție a escarelor de decubit

Indicații: La toți bolnavii în stare gravă
În imobilizare
În stare inconștientă

MATERIALE NECESARE:

Lengerie de corp și de pat curată, scutece sterile, alcool camforat sau alcool 70°, tampoane de vată, colacul de cauciuc, față de pernă, sol. Menovazină, mănuși, taviță pentru resturi, talc.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se va menține pielea curată	Vezi Standardul
1.1	Prin prelucrarea igienică parțială a pielii	
1.2	Îngrijirea mucoaselor, org. genitale	Vezi toaleta intimă
2.	De a menține lenjeria de corp curată și uscată:	
2.1	Să fie fără cute și comodă, uscată	
2.2	Vezi Standardul „schimbarea lenjeriei de corp“	Să se respecte Etapele
2.3	Cămașa se va schimba atunci când e udă și murdară	
3.	Schimbarea lenjeriei de pat:	Vezi Standardul
3.1	Se va schimba când va fi udă și murdară	
3.2	Se supraveghează să nu fie cute și fărîmituri în așternut	Deoarece grăbește aparitia escarelor
4.	Schimbarea posturii din 2 în 2 ore ziua și odată în 4 ore noaptea	Se va îmbunătăți circulația Se elaborează orarul pe ore
4.1	Se va schimba postura în 1 zi după operație de către asistenta medicală	Pacientul este pasiv
4.2	Sau va fi ajutat să-și schimbe postura	Dacă starea e mai puțin gravă
5.	Se fac frecții ale pielii în locurile posibile de apariție a escarelor	În dependență de decubit
5.1	Se folosește sol. alcool diluat cu apă 1:1 sau alcool camforat sau Menovazină	Soluțiile au acțiune dezinfectantă
5.2	Se ia tamponul de vată, se imbibă cu una din soluții și se fac mișcări ușoare, rotative pentru a fricționa pielea	Se va îmbunătăți circulația sanguină locală. Se înlătură compresiunea țesutului între osul corpului și așternut
5.3	Tampoanele se aruncă în taviță cu resturi	Combaterea infecției
5.4	După frecții bolnavul se învelește bine	Pentru a evita suprarăcirea
6.	În locurile posibile de apariție a escarelor se aplică colacul de cauciuc	Vezi desenul sub regiunea sacrală. Vezi Standardul.
6.1	Dacă starea gravă rămâne un timp îndelungat se aplică rulouri confecționați din vată și tifon la coate, calcii, umere și genunchi	Vezi Standardul „Aplicarea colacului de cauciuc”
7.	În practică pentru a evita formarea escarelor de decubit se folosesc saltelele antidecubit	
7.1	Se mai folosesc saltelele gofrate	
7.2	Saltelele pe apă și aer cald	
8.	<i>Definiție</i> Escară este lezarea integrității pielii cu formarea ulcerăției și necrozei din cauza ischemiei locale a țesuturilor	

Scopul: De a favoriza tratamentul plăgii în escare

Indicații: Prezența lezării pielii, a plăgii cauzate de escara de decubit.

MATERIALE NECESARE:

- Material steril pentru pansament
- Material steril pentru toaleta plăgii
- Soluție medicamentoasă
- Unguente cu antibiotice și hormonale
- Instrumente sterile
- Apă fiartă
- Sol. Furacilină 1:5000
- Sol. Peroxid de Hidrogen

TEHNICA ÎNGRIJIRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se va examina escara — locul, aspectul, suprafața	Pentru precizarea gradului lezării
2.	Asistenta medicală va cunoaște cauzele apariției escarelor	Va evita factorii de risc.
3.	Asistenta medicală va învăța rudele, familia să efectueze și să respecte măsurile de prevenire a escarelor.	Vezi standardul.
4.	Va învăța familia tratamentul escarei.	
4.1	Schimbarea posturii conform orarului.	Schema este individuală.
4.2	Locul cu escara deja formată se va proteja cu colacul de cauciuc sau rulouri speciale.	Ca locul cu plagă să nu se atingă de nimic.
4.3	Se va respecta igiena locală a pielii în escara de gr.I:	
4.3.1	Pielea se va spăla prin badijonare	Cu apă fiartă sau cu sol. Furacilină 1:5000.
4.3.2	Se usucă bine.	
4.3.3	Se prelucrează cu Menovazină	
4.3.4	Sau se badijonează cu unguent, cremă de protecție.	La indicația medicului.
4.4	În prezența escarei de gradul II:	
4.4.1	Se dezinfectează locul ulcerăției sau eroziunii pielii prin spălare sau badijonare	La indicația medicului se va folosi soluția respectivă.
4.4.2	Locul cu escara se lasă descoperit	
4.4.3	Se aplică uneori pansament steril cu unguent	La indicația medicului.
4.4.4	Se va menține în încăpere igiena, aerul curat.	Să nu fie praf. Aerisire. Cuarțare dacă e posibil.
4.5.	În escare de gradul III—IV:	
4.5.1	Toaleta plăgii conform cerințelor	Cu soluția indicată
4.5.2	Prelucrarea pielii din jurul plăgii cu alcool, iod sau altă soluție dezinfectantă	Prin badijonare de la plagă spre exterior. Atent ca soluția să nu pătrundă în plagă
4.5.3	Se aplică pansament steril cu diverse unguente cu antibiotice	La indicația medicului
4.5.4	Pe plagă se aplică gelul cu Metronidazol; sau pansament cu straturi de cărbune activat	Pentru a reduce mirosul neplăcut din plagă. La indicația medicului
4.5.5	În escara cu plaga profundă se aplică pansament steril, impermeabil, hidrocoloidal - Duoderm	Sau medicamentul indicat
4.5.6.	Tratamentul chirurgical al plăgilor de gradul III și IV	La decizia medicului
5.	Pentru a facilita vindecarea:	
5.1	În plaga artificială se aplică o membrană semipermeabilă	La indicația medicului
5.2	Ameliorarea presiunii asupra plăgii, schimbarea posturii, protecția cu colacul sau pernuța de cauciuc, rulouri	
5.3	Optimizarea nutriției — alimente bogate în vitamine, săruri minerale, proteine	
5.4	Se va mări hidratarea	Dacă nu sunt edeme
5.5	Se va evita excesul sedativelor, analgeticilor, corticosteroizilor	Defavorizează sensibilitatea
5.6	Se va încuraja pacientul prin comunicare și îngrijire atentă.	

STANDARD

ÎNGRIJIREA ÎN VOMĂ

Scopul: De a preveni pătrunderea maselor vomitive în căile respiratorii.
De a supraveghea cantitatea și caracterul maselor vomitive
De a proteja lenjeria
De a preveni deshidratarea

Indicații: În caz de apariție a vomei la copil cu intoxicație

MATERIALE NECESARE:

- scutec
- prosop
- tăviță renală
- apă fiartă
- lingurița
- mușama (șorț)
- para de cauciuc
- aspirator electric
- mănuși de cauciuc

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr	Etapele	Argumentarea
1.	La apariția vomei, trebuie calmat copilul și mama	Prin comunicare, explicație. Încurajare pentru a reduce frica
2.	Asistenta medicală îmbracă mănuși de cauciuc	Pentru protecție
3.	Se pregătesc materialele necesare	Se asigură acces comod
4.	Se servește tăvița renală la gurița copilului	Pentru masele vomitive
5.	Poziția copilului în decubit lateral - DL sau poziția șezândă	Pentru a evita aspirarea și asfixia
6.	Sub bărbie se fixează șorț de mușama, un scutec	Pentru a proteja lenjeria
7.	În timpul vomei se sprijină căpușorul la frunte	Pentru a preveni căderea copilului
8.	După vomă asistenta medicală aspiră resturile secrețiilor din cavitatea bucală și nazală cu para de cauciuc sau aspiratorul electric.	Pentru a evita pătrunderea secrețiilor în căile respiratorii
9.	Se șterge gurița cu un prosop individual	Igiena cavității bucale
10.	Se clătește gurița cu apa fiartă în porții mici.	-//-
11.	La copiii până la 6 luni nu se clătește gurița dar se înlătura resturile din cav. buc. și se umezește buzele și limba	Pentru a preveni repetarea vomei
12.	Asistenta medicală supraveghează culoarea, cantitatea maselor vomitive și frecvența vomelor	Pentru a evita complicațiile
13.	În vome repetate se va stabili gradul de deshidratare.	Se măsoară lichidul pierdut cu voma
14.	Copilul se va hidrata și alimenta la indicația medicului	Se hidratează cu Regidron cu lingurița sau biberonul

STANDARD ÎNGRIJIREA ÎN DESHIDRATARE

Scopul: De a restabili bilanțul hidric și electrolitic.

Indicații: Deshidratarea cauzată de vomă repetată;
Deshidratarea cauzată de hemoragii profuze;
Deshidratarea cauzată de diaree;
Deshidratarea cauzată de intoxicații acute;
Deshidratarea cauzată de arsuri;
Deshidratarea cauzată de diaforeză;
Deshidratarea cauzată de diuretice.

Manifestările deshidratării:

limba, buzele, pielea uscate; sete; extremitățile reci, slăbiciuni crescânde, apatie, somnolență, TA joasă, oligurie, urina concentrată, tegumente palide, ochii adânciți în orbite, cearcăne la ochi, globul ocular moale.

MATERIALE NECESARE:

- termofor;
- lenjerie curată;
- pahar cu apă;
- linguriță;
- vas gradat;
- ploscă;
- ceas, cântar, borcane.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se măsoară și se notează zilnic ingestia (consumul) și eliminarea lichidelor	Diureza totală — DT sau DZ și DN și bilanțul hidric
2. Se cântărește zilnic la aceeași oră, în aceleași condiții	Se notează în fișa de reanimare sau fișa de îngrijire
3. Monitorizarea P, TA, temperaturii corporale	Fiecare 2 ore sau 1 oră
4. Supravegherea conștienței, neliniștii sau agitației dacă sunt	Se supraveghează funcțiile vitale și se notează în fișa de reanimare
5. Supravegherea intensității slăbiciunilor, a somnolenței, apatiei	Pentru a concluziona reducerea sau creșterea lor
6. Se va îngriji pielea și mucoasele ca să fie curate și integre	
7. Se umezesc frecvent buzele, limba	
8. Se hidratează peroral și parenteral	Cantitatea e indicată de medic
9. Aportul lichidului poate fi pe zi 2500 ml, din care 1500 ml peroral, uneori cu lingurița	La indicația medicului. Depinde de starea pacientului.
10. Freccii ale pielii; fiecare 2 ore schimbarea posturii	Pentru a evita apariția escarelor
11. Se urmărește faciesul bolnavului	
12. Se servește în pat plosca, urinarul	Deoarece pacientul are grad mare de dependență
13. Va fi ajutat la satisfacerea nevoilor în pat	

STANDARD

SPECIFICUL INTERVENȚIILOR ÎN DESHIDRATARE

Scopul: De a îngriji corect copilul deshidratat
De a restabili echilibrul hidroelectrolitic
De a preveni colapsul

Indicații: Prezența semnelor deshidratării
La indicația medicului

Materialul necesar

- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| 1. soluție Regidron | 5. șorțuleț |
| 2. ceai | 6. sisteme pentru perfuzia i/v |
| 3. biberon | 7. necesarul pentru puncția venoasă |
| 4. linguriță | 8. soluții sterile pentru perfuzii |

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Se va preciza cauza deshidratării	Pentru a înlătura sau a o reduce
2.	Asistenta medicală precizează manifestările (semnele) deshidratării	Umeditatea limbii, buzelor, pielii, DT, P, TA, bilanțul hidric, masa corporală
3.	Asistenta medicală selectează prescripțiile medicului	Pentru a preciza volumul hidratării necesar și calea de hidratare
4.	Se pregătește tot necesarul pentru hidratarea indicată	Perorală sau parenterală
5.	Asistenta medicală trebuie să aibă mâinile curate	Combaterea infecției
6.	Hidratarea orală se efectuează cu soluția Regidron pregătită proaspăt	Valabilă 24 ore
7.	Se efectuează hidratarea cu biberonul sau lingurița	În dependență de vârsta sugarului
8.	Se hidratează conform cerințelor, respectând următoarele	La indicația medicului
8.1	Planul A se administrează: — Rehidron câte 50—100 ml după fiecare scaun lichid. Câte o linguriță fiecare 2—3 min.	
8.2	Planul B. Se calculează bilanțul hidric — pierderile de lichid pe toate căile. — se calculează volumul de lichid pentru hidratarea în termen de 4—6 ore — se hidratează cu biberonul sau lingurița fiecare 2—3 min. în cantitate 5—10 ml pe parcursul a 4—6 ore.	Este calculat de medic: — în dependență de pierderi — doza unică
9.	Se va urmări efectul hidratării prin reducerea semnelor de deshidratare	
10.	Se va cântări copilul până la începerea hidratării și peste 4—6 ore de hidratare	Dacă MCR-masa corporală reală nu scade, e efectul pozitiv al hidratării
11.	În stările grave hidratarea se efectuează parenteral prin perfuzii i/v	La indicația medicului
12.	Concomitent se va continua hidratarea perorală — Planul A.	
13.	Dacă deshidratarea este cauzată de vomă se efectuează și îngrijirile respective.	Vezi Standardul
14.	Dacă deshidratarea este cauzată de diaree se fac îngrijirile respective.	Vezi Standardul
15.	Dacă deshidratarea este cauzată de hipertermie, intoxicații se efectuează paralel îngrijirile respective.	Vezi Standardele

Indicatii: Cele 3 perioade ale febrei la pacient.

- Termofoar;
- Punga cu gheață;
- Soluții pentru frecții, vată;
- Termometru;
- Prosop;
- Foaie de temperatură;
- Dosarul de îngrijire.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Perioada I a febrei — inițială	Are loc creșterea temperaturii, sunt frisoane
1.1	Regim la pat.	Repaos total
1.2	Încălzim pacientul prin: — Îl învelim bine; — Se aplică termofor în regiunea lombară și la picioare; — Se servesc băuturi calde-fierbinți.	Acțiune hipertermică și vasodilatatoare Ceai cu lămâie
1.3	Se măsoară t° fiecare 30 minute timp de 1 oră.	Monitorizarea temperaturii.
1.4	Se administrează medicamentele prescrise.	La indicațiile medicului.
1.5	Frecții ușoare la membrele superioare și inferioare.	Îmbunătățirea circulației.
2.	Perioada II a febrei — în sindromul febril	Este temperatură înaltă permanent.
2.1	Menținerea repaosului total.	Se evită orice efort.
2.2	Compresa rece la frunte sau punga cu gheață la cap.	Acțiune hipotermică.
2.3	Pacientul să fie învelit ușor.	Pentru a evita supraîncălzirea.
2.4	Evitarea suprarăcirii, curentului de aer.	Va agrava evoluția
2.5	Aerisirea mai frecventă a salonului.	Aport de O ₂ .
2.6	Supravegherea funcțiilor vitale prin monitorizare fiecare 30 minute.	R. P. T.A., t°, micțiunile.
2.7	Umezirea frecventă a buzelor, limbii.	Dacă este în stare inconștientă.
2.8	Servirea lichidelor la t° camerei, cu scop de umezire a cavității bucale.	Dacă este conștient.
2.9	Se va urmări culoarea urinei și cantitatea.	Este concentrată, oligurie.
2.10	Se va alimenta prin creșterea valorii calorice cu 13% calorii la fiecare un grad de t° mai mare de normal (37°).	Conform cerințelor.
2.11	Se va ajuta pacientul la satisfacerea nevoilor fiziologice și igienice în pat.	Pentru a evita complicațiile.
2.12	Se supraveghează starea de conștiență a pacientului.	Pot fi convulsii, halucinații.
2.13	Se va administra tratamentul prescris și se va urmări eficacitatea.	Pentru a reduce febra
2.14	Îngrijirile se vor acorda în dependență de durata și gravitatea febrei.	
3.	Perioada III a febrei — de declin.	
3.1	Se supraveghează durata, viteza de scădere a t° corpului.	Pentru a evita criza și colapsul.
3.2	Se supraveghează reducerea semnelor febrei.	Treptat starea pacientului se îmbunătățește
3.3	Îngrijirea în caz de transpirație: — Se șterge transpirația cu prosop uscat; — Se schimbă frecvent lenjeria; — Se hidratează mult (ceai, sucuri la t° camerei); — Se va evita fluxul de curent, de aer rece.	Să fie pielea uscată. Ca să fie uscată. Combaterea deshidratării. Se evită suprarăcirea.
3.4	Se supraveghează pulsul, tensiunea arterială, culoarea pielii, t° extremităților.	Prevenirea insuficienței vasculare acute.
3.5	Se permite un regim mai activ.	
3.6	Alimentația calorică.	
3.7	E de dorit să doarmă bine.	

STANDARD

ÎNGRIJIREA ÎN HIPOTERMIE

Scopul: Ca pacientul să aibă t° corpului în limite fiziologice

Indicații: Pacient cu t° sub limita normală de 36°C

MATERIALE NECESARE:

- Așternut cald
- Termometru de corp și de cameră
- Termofoar
- Apă caldă de 37°C
- Lichide calde

TEHNICA ÎNGRIJIRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se va constata t° corpului la pacient	Prin măsurarea t° în fosa axilară
2.	Se crează comoditățile în încăpere	Conform Standardelor
2.1	Temperatura în cameră $+20^{\circ}\text{C}$ $+22^{\circ}\text{C}$	
2.2	Aerisirea	Cît mai frecvent
2.3	Se evită formarea curentului de aer	Se evită suprarăcirea
3.	Se învelește bine pacientul	
4.	Lenjeria de corp să fie din material moale și gros	
5.	Patul, așternutul se va încălzi cu termofoare	
6.	Se aplică termofoar la picioare și în regiunea lombară	Temperatura apei $+50^{\circ}\text{C}$
7.	Pacientul va fi încălzit treptat	Pentru a evita insuficiența circulatorie
8.	Se servesc băuturi calde, în porții mici, mai frecvent — ceai de plante cu miere	Se respectă același interval de timp
9.	Se fac băi calde la mâini și la picioare	Dacă nu sunt contraindicații
10.	Dacă este posibil se folosesc termofoare electrice sau cearșaf electric	Pentru mâini, corp și picioare
11.	Masajul ușor al extremităților	Favorizează circulația periferică
12.	Se va alimenta pacientul cu alimente semilichide, calde la t° $40-60^{\circ}$	
13.	Se supraveghează funcțiile vitale	Va crește valorile TA
14.	Se va măsura t° corpului fiecare oră	Pentru a observa efectul îngrijirilor prin creșterea t°
15.	Se precizează ameliorarea stării pacientului și prin reducerea senzației de amorțeală, furnicături. Se reduce somnolența; dispare sau se reduce acrocianoza, se normalizează temperatura	

STANDARD

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU DURERE

Scopul: De a reduce intensitatea durerii
De a reduce manifestările suferinței
De a reduce disconfortul cauzat de durere
De a monitoriza evoluția durerii

Indicații: Pentru pacient cu durere acută sau cronică de origine neurologică

MATERIALE NECESARE:

- pat funcțional
- termofor
- necesarul pentru satisfacerea nevoilor
- dosarul de îngrijire Nursing-DÎN
- anexe pentru pat
- diverse medicamente

TEHNICA ÎNGRIJIRILOR

Nr.	Etapele îngrijirii	Argumentarea
1.	Asistenta medicală va culege datele pentru:	
1.1	A obține plângerile caracteristice durerii	Localizarea, caracterul, durata, intensitatea și iradierea durerii
1.2	Pentru a preciza cauzele, factorii care au declanșat durerea sau care agravează durerea.	La fiecare pacient în mod individualizat
1.3	Pentru a cunoaște măsurile luate până în prezent, pentru a ameliora durerea și efectul obținut.	
1.4	Împreună cu pacientul, pentru a evidenția factorii, care influențează percepția durerii	Factorii din mediu, rolul familiei
2.	Asistenta medicală va culege datele obiective:	
2.1	Pentru a preciza manifestările individuale cauzate de durere	Prin observație și palpație
2.2	Pentru a observa semnele, reacțiile altor organe și sisteme, care însoțesc durerea	Ca răspuns la durere
2.3	Pentru a observa influența durerii asupra satisfacerii nevoilor fundamentale	Respirația, pulsul, T.A., temperatura, conștiința, eliminările.
3.	Asistenta medicală împreună cu medicul și pacientul, va preciza sau presupune cauzele durerii, pentru a le reduce sau a le înlătura	Inclusiv factorii de risc a durerii
4.	Asistenta medicală va preciza resursele de adaptare a pacientului la durere: — susținerea afectivă — susținerea spirituală	
5.	Acordarea îngrijirilor de către echipa de îngrijiri Nursing:	
5.1	Asistenta medicală va monitoriza durerea:	Prin comunicare și supraveghere
5.1.1	Împreună cu pacientul supraveghează intensitatea durerii sau reducerea ei într-un termen anumit	În timp de 1 oră
5.1.2	Se precizează reacțiile, manifestările pacientului la durere	Individualizat asistenta medicală îl ajută să descrie durerea
5.1.3	Asistenta medicală învață pacientul să supravegheze motivele intensificării durerii	Postura, mișcările, emoțiile, efortul, respirația profundă, retenția gazelor, urinei, T.A., condițiile din mediu
5.1.4	Îl învață să descrie intensitatea durerii, folosind termenii: ușoară, moderată, intensă, suportabilă și insuportabilă.	
5.2	Asistenta medicală va manifesta înțelegere față de suferința pacientului	Prin comportament, comunicare, susținere
5.3	Se va asigura confortul necesar în pat, se ajută la schimbarea posturii	Așternut curat, uscat, fără cute.
5.4	Se vor înlătura factorii agravanți ai durerii: zgomotele, lumina puternică, frigul, supraîncălzirea, aerisirea	
5.5	Se va urmări respectarea regimului alimentar și al hidratării	Conform indicațiilor
5.6	Se vor lua măsurile de combatere a constipației, meteorismului, retenției de urină	Vezi Standardele respective

5.7	Se vor efectua măsurile de prevenire a escarelor	Vezi Standardul
5.8	Asistenta medicală va comunica și va încuraja pacientul permanent	Comunicarea verbală și non verbală
5.9	Se vor aplica termoforul, compresa locală la timp	La indicația medicului Pentru ameliorarea durerii
5.10	Se vor folosi diverse masaje sau frecții ușoare	Pentru stimularea cutanată la indicația medicului
5.11	Se va distra atenția de la durere: — prin discuții, vizita rudelor — citirea revistelor, audierea muzicii, vizionarea TV — se va fixa atenția pe alte probleme decât ale durerii respective — se va învăța pacientul să se relaxeze și să-și concentreze atenția numai la momentele plăcute din viață	Citirea activă sau pasivă Să-și amintească, să povestească momentele plăcute.
5.11.5	Se învață pacientul să respire adânc și lent	Se va distra de la durere
5.11.6	Se folosesc diverse metode de protejare a regiunii dureroase	Imobilizarea, susținerea
5.11.7	Se admite prezența persoanelor dorite din familie	Pentru a-l distra, susține și încuraja
5.12	Se va contribui la promovarea unui concept despre sine pozitiv: — prin încurajarea pacientului la orice progres obținut — prin implicarea în auto îngrijiri	
5.13	Asistenta medicală va administra medicația prescrisă și va urmări efectul ei	Reducerea sau dispariția durerii
5.14	Asistenta medicală va învăța pacientul să descrie, să aprecieze intensitatea durerii, folosind: scara evaluării verbale a durerii gradul 0 — durerea lipsește în repaus și în timpul mișcării gradul I — durerea lipsește în repaus și este durere ușoară în mișcări gradul II — durerea ușoară în stare de repaus și moderată (suportabilă) la mișcări gradul III — durere moderată în stare de repaus și puternică la mișcări scara de apreciere (evaluare) a intensității durerii: 0-----1-----2-----3-----4-----5 Lipsă, ușoară, deranjată, persistentă, gravă, insuportabilă se mai folosește grila numerică de la 0 la 10: 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 Lipsa durerii durere suportabilă durere insuportabilă	
6. 6.1 6.2 6.3 6.4 6.5 6.6 6.7	Se va folosi scara calmării durerii: Gradul 0 — lipsește calmarea durerii Gradul I — calmare slabă, stare de ațipire obișnuită, se trezește repede Gradul II — calmarea moderată, stare de ațipire obișnuită, se trezește ușor Gradul III — calmare puternică, stare de adormire, durerea absentă, se trezește greu Gradul IV — pacientul este în stare de adormire, durere absentă, se trezește ușor.	Consultația psihologului Probleme sociale, economice, spirituale.
7.	Se va acorda suportul psihic pentru pacientul cu durere:	
7.1	Asistenta medicală va spune și va arăta că îi pasă ce i se întâmplă pacientului;	
7.2	Îi arată și-i spune că-l crede când zice că-l doare	
7.3	Îl încurajează și respectă modul de reacție la durere	
7.4	În comunicare asistenta medicală poate folosi expresii ca: a) vreau să căutăm împreună modalități de a alina durerea b) dacă nu ai încredere în mine, voi încerca să găsesc altă asistentă c) vreau să rămân alături, chiar dacă nu reușesc să te ajut să-ți controlezi durerea	
7.5	Se vor practica momente de auto sugestie	
7.6	Asistenta medicală se va include cu ajutor, susținere la rezolvarea diverselor probleme, care-l îngrijorează pe pacient, ceea ce vor reduce durerea	

STANDARD

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU DIAREE

Scopul: De a prevea dishidratarea
Ca pacientul să prezinte scaun normal

Indicații: Pacientul cu diaree.

MATERIALE NECESARE:

- Mușama
- Scutece
- Ploscă
- Talc
- Termofor
- Necesarul pentru toaleta anală
- Lichide pentru hidratare.

TEHNICA ÎNGRIJIRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pacientul respectă regim la pat	Deoarece este slăbit
2.	Patul se acoperă cu mușama și un scutec.	Pentru a proteja lenjeria.
3.	În caz de incontinență de materii fecale se așează sub regiunea feselor o ploscă pneumatică de cauciuc.	Periodic se va curăța și dezinfecta.
4.	Se servește plosca în pat la fiecare evacuare intestinală.	Scaunul poate fi 5—6 -10 ori și mai mult în 24 ore.
5.	Asistenta medicală supraveghează numărul și caracterul scaunelor și le notează.	
6.	După fiecare defecare se face toaleta anală și intimă, se usucă bine pielea și mucoasele	Se evită macerația
7.	În inflamație și durere perianală se va prelucra după toaleta intimă cu o soluție dizinfecată sau cu unguent de hidrocortizonă	Sol. Furacilină 1:5000 sau soluția la indicația medicului
8.	Se va încălzi pacientul cu termofoare, plapume groase.	Deoarece pierde multă energie calorică și are hipotermie.
9.	În durere și colici abdominale se aplică pe abdomen compresă locală caldă cu alcool sau termofor — pernă electrică	
10.	Se hidratează peroral cu lichid în cantități mai mari — ceai de mușătel, de mentă neîndulcit, Reghidron.	Pentru a combate dishidratarea.
11.	Primele 24—48 ore — dieta hidrică	Se permite zeamă de orez.
12.	Apoi se permite în alimentație pesmeți, pireu de cartofi, orez fert, ouă fierte tari.	
13.	Odată cu ameliorarea diareei se includ în alimentație produse bine fierte, pâinea, terciurile.	Se exclud lactatele, grăsimile
14.	Se va supraveghea bilanțul hidric, pentru a restitui lichidul pierdut și a preveni dishidratarea.	
15.	Se supraveghează TA, t°-ra, pulsul.	Deoarece în deshidratare gravă poate fi colaps.
16.	Se administrează tratamentul prescris de medic la timp.	
17.	Se supraveghează efectul medicației.	
18.	Se vor face toate îngrijirile igienice în pat.	Membrii familiei se vor implica activ.
19.	Se ajută pacientul la satisfacerea nevoilor fundamentale în pat.	
20.	În cazuri grave pacientul va fi spitalizat.	La decizia medicului

STANDARD

ÎNGRIJIREA COPILULUI CU DIAREE

Scopul: De a menține pielea uscată în regiunea perianală și curată
De a preveni intertrigoul
De a preveni deshidratarea

Indicații: Copilul cu diaree

Materialul necesar:

- pampers
- scutece
- mușama
- săpun pentru copii
- mănuși de cauciuc
- apă caldă 30—36°C
- talc, unguent Oxid de Zinc 10%
- linguriță sau biberon

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Se supraveghează frecvența scaunului în termen de 2 ore.	Cu cât numărul scaunelor e mai mare, cu atât mai atent se agravează starea copilului
2.	Asistenta medicală supraveghează culoarea, cantitatea, consistența scaunului	Pentru a aprecia pierderea de lichid
3.	Asistenta medicală învață mama sau efectuează singură toaleta intimă după fiecare defecație.	Vezi Standardul
4.	După toaletă copilul se așează pe scutec curat, se usucă bine pielea cu scutecul.	Combaterea macerației
5.	Se examinează pielea și mucoasele, regiunea perineală și anală.	Pentru a observa integritatea lor.
6.	Se pudrează cu talc, apoi se fixează pampersul	Se respectă igiena pielii
7.	În caz dacă se observă hiperemia pielii se prelucrează cu unguent oxid de zinc 10%	Acțiune antiinflamatoare
8.	Asistenta medicală va hidrata copilul cu soluție de Reghidron sau ceai neîndulcit cu biberonul sau lingurița.	Cantitatea indicată de medic.
9.	Asistenta medicală va supraveghea alimentația copilului cu diaree	Vezi Standardele
10.	Dacă copilul e neliniștit, plânge, se va reda poziția DLS sau în DV — decubit ventral.	Calmează durerea abdominală
11.	Se va distra atenția de la durere și suferință cu diverse jucării și comunicare blândă.	Se va reduce neliniștea
12.	Asistenta medicală învață mama să-și spele bine mâinile după efectuarea toaletei copilului și înainte de orice contact cu copilul.	Combaterea infecției nosocomiale.

STANDARD

ÎNGRIJIREA COPILULUI CU INTERTRIGOU

Scopul: De a menține integritatea pielii și mucoaselor
De a reduce durerea și inflamația

Indicații: Prezența intertrigoului la copil

MATERIALE NECESARE:

- săpun lichid
- scutec
- masa de înfașat
- unguent de Zinc 10%
- tampon de vată sterile
- tăviță renală pentru resturi
- sol. Furacilină 1:5000
- sol slabă de Permanganat de Potasiu (Kaliu)
- baghetă de o singură folosință cu tampon steril
- mănuși sterile

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele	Argumentarea
1.	După fiecare urinare asistenta medicală sau mama copilului face toaleta intimă	Vezi Standardul
2.	După toaleta intimă copilul se va așeza pe măsuta de înfașat	Pentru comoditate
3.	Sub copil se așterne un scutec. Asistenta medicală va lucra cu mănuși sterile	Pentru combaterea infecției
4.	Se usucă pielea prin badijonare ușoară cu scutecul	Pentru a evita iritarea și durerea
5.	Se ia o baghetă cu tampon steril	
6.	Se îmbiba tamponul cu soluție Furacilină sau Permanganat de K	Se toarnă soluția peste tampon de asupra tăviței.
7.	Se badijonează atent pielea și mucoasele în locul intertrigoului	Pentru dezinfectare
8.	Bagheta folosită se aruncă în tăviță pentru resturi	Pentru a preveni răspândirea infecției
9.	Se ia un tampon de vată steril pe care se aplică una din unguentele prescrise	Unguent de Zinc 10% cu acțiune antiinflamatoare
10.	Se îmbibă cu acest unguent, atent, toată suprafața intertrigoului	Pentru acțiune antiinflamatoare, rezorbtivă
11.	Tamponul folosit se aruncă în tăviță	Combaterea infecției
12.	Se verifică ca t° în salon să fie +20—22°C	Pentru a evita suprarăcirea
13.	Se va lăsa copilul dezbrăcat jumătatea inferioară a corpului și se va înveli bine	Pentru a evita iritarea intertrigoului cu scutec sau pampers. Pentru ca să se absoarbă medicamentul.
14.	Se efectuează această prelucrare cu scop de tratament al intertrigoului după fiecare urinare și toaletă intimă.	
15.	Se reorganizează locul de lucru.	Combaterea infecției

STANDARD

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU INCONTINENȚĂ URINARĂ

Scopul: De a preveni infecția urinară recurentă
De a preveni modificările trofice cutanate
De a reduce anxietatea sau depresia

Indicații: Pacientul cu eliminarea involuntară a urinei
Pacient în stare inconștientă

MATERIALE NECESARE:

— lenjerie de corp și de pat	— Urinar
— Scutece	— Ploscă
— Material absorbant	— Cremă de protecție
— Talc	— Urinar portativ

TEHNICA ÎNGRIJIRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pacientul conștient	
1.1	Se va stabili un orar al micțiunilor	Cu intervale egale și mai frecvente pentru a forma reflex condiționat
1.2	Se reduce aportul de lichid.	Pentru a scădea diureza
1.3	Se servește plosca sau urinarul în pat	
1.4	Pacientul se va trezi noaptea la orele stabilite pentru a se urina	Cu interval de 1.5—2 ore
1.5	Se va sugera ca pacientul să încerce să urineze peste 10—30 min. după ce a consumat lichid	Dacă consumă 100—200 ml. lichid sau mai mult
1.6	Pacientul să nu mai consume lichid în cantități mari după ora 17.00	Ca să se micșoreze diureza noaptea
1.7	Sugerez pacientului să-și rețină urina pe durata inclusă în orarul micțiunilor	1—1.5— 2 ore
1.8	Creez poziția corectă a pacientului în timpul micțiunii în DD; iar dacă e posibil - susținut în poziție șezândă	Favorizează golirea vezicii urinare
1.9	Se va proteja lenjerie de pat cu o mușama sub regiunea sacrală	Să fie acoperită cu un scutec
1.10	Se poate aplica în regiunea perineală scutece uscate	Se vor schimba mai frecvent
1.11	Se mai recomandă aplicarea materialului absorbant	Scutece, chiloței speciali
1.12	Se efectuează toaleta intimă mai frecvent sau după fiecare incontinență	Pentru a combate mirosul neplăcut și macerarea pielii
1.13	Se menține regiunea perineală uscată mai mult posibil cu talc pentru copii	Pentru a evita lezarea pielii, eroziunile
1.14	Se fixează urinarul sau punja specială, portativă din plastic sau cauciuc	
1.15	Pe pielea bine curățată și uscată în regiunea perineală se aplică o cremă de protecție pentru copii	Pentru revitalizarea mucoaselor și pielii
1.16	Se crează un mediu care-i respectă intimitatea	Se respectă drepturile pacientului
1.17	Se va schimba lenjerie de corp și de pat umedă cât mai repede	Se evită riscul escarelor
1.18	Se comunică cu pacientul și se încurajează cât mai frecvent	Ca să nu se simtă complexat
1.19	Se va arăta simpatia, toleranța și răbdarea față de pacient	Se va reduce depresia
1.20	În sete umezirea frecventă a cavității bucale	Pentru a combate setea
2.	Pacientul în stare inconștientă	
2.1	Se protejază cu mușama lenjerie	
2.2	Se fixează în regiunea perineală scutec uscat	Se va schimba cât mai frecvent
2.3	Toaleta intimă	Se evită lezarea mucoasei pielii
2.4	Se menține pielea curată și uscată	
2.5	Se aplică o cremă protectoare	
2.6	Se va schimba lenjerie de corp și de pat umedă cât mai repede	De fiecare dată când e umedă
2.7	Se poate folosi materialul absorbant (pampersul) prin fixare	
2.8	Aerisirea frecventă a încăperii	Pentru a combate mirosul
2.9	Se efectuează cateterizarea vezicii urinare cu cateter stabil	La indicațiile medicului
2.10	Hidratarea parenterală	La indicațiile medicului

STANDARD**ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU RETENȚIE URINARĂ ACUTĂ**

Scopul: De a evacua vezica urinară;
De a ameliora starea generală a pacientului.

Indicații: Retenția urinară mai mult de 8—12 ore.

MATERIALE NECESARE:

termofor, scutec, ploscă / bazinet, comprese, apă caldă, termometru pentru apă, irigatorul Esmarh, canulă sterilă, totul pentru sondajul vezical.

TEHNICA ÎNGRIJIRII

	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală va preciza durata absenței micțiunilor	Prin comunicare verbală
2.	Se vor stabili manifestările de dependență obiective	Se va examina vizual
3.	Asistenta medicală pregătește necesarul pentru a acorda îngrijirea	Se asigură comoditate și acces
4.	Asistenta medicală explică pacientului necesitatea îngrijirilor	Ca să accepte și să coopereze
5.	Pacientul va fi calmat și încurajat	Se va reduce anxietatea
6.	Se încearcă stimularea evacuării urinei:	
6.1.	Asistenta medicală creează condiții confidențiale	Se respectă intimitatea
6.2.	Se servește un bazinet cald și se așează sub pacient	Acțiune reflectoare
6.3.	Se va deschide robinetul ca zgomotul getului de apă să fie văzut și auzit	-//-
6.4.	Se aplică termofor sau compresă caldă pe regiunea pubiană	Acțiune dilatatoare, reflectoare
6.5.	Se schimbă postura pacientului în cea fiziologică pentru a se urina	Bărbații în picioare, femeile semișezând
6.6.	Se face irigarea organelor genitale cu apă caldă	Acțiune reflectoare
7.	Dacă toate aceste îngrijiri nu sunt eficace se efectuează sondajul vezical	Vezi Standardul
8.	Se va îngriji apoi la indicația medicului.	

STANDARD**ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU INCONTINENȚĂ DE FECALĂ**

Scopul: De a preveni lezarea pielii;
De a reduce depresia, anxietatea;

Indicații: Pacient cu incontinență de fecale
Starea inconștientă

MATERIALE NECESARE:

lenjerie de corp și de pat, plosca, necesarul pentru toaleta intimă, scutece, pampers, talc, cremă de protecție, colostom.

TEHNICA ÎNGRIJIRII

Etapele	Argumentarea
1. Se va forma un orar al eliminărilor intestinale; 2. Se servește plosca în pat; 3. Se protejează lenjeriea cu o mușama; 4. Se face toaleta intimă mai frecvent; 5. Prelucrarea pielii perianale cu cremă de hidrocortizon; 6. Se aplică pampersul; 7. Se poate folosi scutecul, care se schimbă ca să fie uscat și curat; 8. Se aerisește încăperea; 9. Se folosește diverse deodorante; 10. Se evită aplicarea cremelor și unguentelor; 11. Se aplică pe pielea curată și uscată pudra pentru copii sau stearat de zinc; 12. Dacă pielea este inflamată se aplică crema de hidrocortizon; 13. Comunicarea și încurajarea pacientului; 14. Se fixează recipient pentru materii fecale;	Dacă este posibil Cît mai frecvent Să fie acoperită cu scutec Vezi Standardul Se va evita iritarea și lezarea pielii regiunii perianale și perineale Pentru a combate mirosul Deoarece ele au tendința de a menține pielea umedă și ea se macerează Protejează bine pielea Atent, deoarece poate provoca macerație Pentru a reduce anxietatea și depresia La indicația medicului

STANDARD

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU TUȘĂ ȘI EXPECTORAȚIE

Scopul: De a forma deprinderi corecte de îngrijire
De a ameliora tusea și expectorația
De a combate răspândirea infecției.

Indicații: La pacient cu tuse și expectorație de natură inflamatoare, de stază și infecțioasă.

MATERIALE NECESARE:

- Medicamentele prescrise
- Pat cu suport pentru cap
- Scurpător individual
- Foițe de muștar
- Ceaiuri expectorante și emoliente
- Preparate mucolitice, antitusive și expectorante
- Inhalator

TEHNICA ÎNGRIJIRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală va preciza caracterul tusei a) tusea neprодукtivă, uscată seacă b) tusea productivă, cu expectorație	
2.	Se va afla cauzele, factorii de risc	Pentru a înlătura sau reduce
3.	Se va constata durata tusei neproductive, frecvența, manifestările.	
4.	Se va administra la timp medicamentele prescrise de medic.	În dependență de etiologie
5.	Se va urmări efectul medicației	
6.	În tusea neprодукtivă se acordă următoarele îngrijiri:	
6.1	Poziția comodă, semișezindă	Ameliorează respirația
6.2	Aerisirea frecventă a încăperii	Să fie saturația cu O ₂ conform cerințelor 21%
6.3	Evitarea fumului, prafului	
6.4	Umezirea aerului în încăperea prin curățenia umedă mai frecventă sau prin amplasarea vaselor cu apă în cameră	Favorizarea, umidificarea aerului inspirat și păstrează căile respiratorii umede.
6.5	Inhalații obișnuite bucale și nazale cu aburi de la infuzii cu mentă, eucalipt, salvie	
6.6	Evitarea deshidratării prin consumul de lichid 1,5—2 l./24 ore.	Va favoriza expectorația
6.7	Se aplică foițe de muștar pe cutia toracică.	Dacă nu sunt contraindicații
6.8	Băi calde sau fierbinți la picioare înainte de somn.	Dacă nu sunt contraindicații.
6.9	În timpul tusei pacientul va acoperi gura cu o batistă.	Prevenirea răspândirii infecției.
7.	În tusea productivă, cu expectorație	
7.1	Se va mări la fel hidratarea	Efect emolient
7.2	Infuzii, ceaiuri din plante cu acțiune expectorantă și mucolitică — potbal, floare de tei, de salcâm alb, petale de trandafir.	Favorizează lichifierea și eliminarea sputei.
7.3	Se va folosi poziția în de drenaj postural:	Permite eliminarea secrețiilor
7.3.1	Decubit ventral cu perna sub abdomen.	Se schimbă postura pacientului la 20—30 min.
7.3.2	Decubit dorsal	
7.3.3	Decubit ventral cu patul înclinat la 20°	Dacă este posibil
7.3.4	Decubit lateral stâng	
7.3.5	Decubit lateral drept	
7.3.6	Poziție șezând	
7.4	La sfârșitul fiecărei poziții pacientul este rugat să respire profund.	Va forța eliminarea sputei
7.5	Dacă postura provoacă disconfort sau dispnee se renunță la ea.	
7.6	Se va urmări cantitatea și caracterul sputei	Se va nota
7.7	Se servește scurpător individual, cu capac, dezinfectat.	Se va scuipa sputa numai în el.
7.8	Pacientul este învățat să tușească și să expectoreze corect.	Pentru a nu răspândi infecția.
7.9	Va administra la timp medicația prescrisă	Respectarea tratamentului
8.	Se va alimenta cu multe vitamine și proteine.	Fructe legume.
9.	Se îngrijește cavitatea bucală.	Să nu rămână spută.

STANDARD

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU ULCER TROFIC

Scopul: De a acorda îngrijiri corecte pentru a spori vindecarea plăgii.
De a preveni infecțiile

Indicații: La pacient cu ulcer trofic cauzat de afecțiuni vasculare periferice (ateroscleroză, boala Reinou, bola varicoasă)

MATERIALE NECESARE:

- Pensă sterilă
- Foarfece
- Permanganat de Kalium 1:5000
- Unguente prescrise
- Fașă de tifon,
- Soluție apă oxigenată
- Alcool 70°
- Sol. Rivanol 1%
- Compresă de tifon sterile
- Tampoane de vată și tifon
- Mușama
- Emplastru

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală va examina localizarea, mărimea și aspectul ulcerului (plăgii)	Se va decide modul de îngrijire
2. Va discuta cu pacientul despre durată, evoluția acestei plăgi.	Pentru a preciza cauza
3. Se consultă medicul și fișa medicală a pacientului	Pentru a preciza indicațiile prescrise și a le urma
4. Se recomandă pacientului, familiei să procure medicamentele prescrise, materialele de pansament și instrumentele necesare.	Se va asigura posibilitatea de îngrijire
5. Se explică și se învață pacientul, familia ca să efectueze schimbarea pansamentului, prelucrarea plăgii, aplicarea pansamentului cu unguent	Ca treptat să se autoîngrijească; se acordă îngrijiri de către rude
6. Se așază pacientul în poziția cât mai comodă, în dependență de starea lui.	Pentru acces la plagă și comoditate în lucru.
7. Spălarea mâinilor și dezinfectarea lor, îmbrăcarea mănușilor.	Combaterea infecției
8. Se scoate pansamentul vechi	Dacă plaga a fost pansată
8.1 Se examinează atent	Aspectul pansamentului
8.2 Se desface fașa sau se taie cu foarfecele	Pentru a o scoate mai ușor
8.3 Se dezlipește atent pansamentul cu blândețe	Se va evita durerea, traumarea
8.4 Dacă nu se scoate, nu se desprinde, se înmoaie cu soluție de apă oxigenată 3%	În scop de protecție. Se aruncă ambalat într-o pungă pentru incinerare conform ordinului în vigoare
9. Se efectuează toaleta plăgii:	
9.1 Se înlătură din plagă secrețiile prin tamponare cu tampoane de tifon sterile, uscate, fixate cu o pensă.	Dacă e necesar se repetă tamponarea
9.2. Tampoanele folosite se dezinfectează sau se incinerează apoi.	Pentru combaterea infecției
9.3. Se toarnă apă oxigenată pe rană și se tamponează.	Pentru dezinfectare se poate folosi și Rivanol
9.4 Se curăță marginile plăgii cu mai multe tampoane, apoi se uscă	Cu medicamentul indicat de medic
9.5 Se dezinfectează pielea sănătoasă din jurul plăgii cu Tinctură de iod și alcool 70°	Foarte atent, ca să nu nimerească în plagă
10. Se aplică pansamentul cu medicamentul indicat de medic	Sub formă de unguent sau praf
11. Se fixează pansamentul cu o fașă de tifon prin bandaj sau cu emplastru	Pentru a fixa bine
12. Instrumentele folosite se spală bine și se dezinfectează.	Combaterea infecției.
13. Pansamentul se aplică pe 24 ore.	

STANDARD HIDRATAREA PERORALĂ

Scopul: Satisfacerea nevoii de a se hidrata
Menținerea bilanțului hidric.

Indicații: Starea postoperatorie
Deshidratarea
Starea gravă.

MATERIALE NECESARE:

- cana cu cioc;
- linguriță;
- pai din plastic;
- prosop sau scutec curat;
- apă de temperatura camerei;
- în care se adaugă suc de lămâie;
- ceai de plante;
- sol. Reghidron;
- sol. Glucoză 5%.

Nevoia de apă a adultului 2000—2500 ml.

Calea orală — e calea fiziologică de administrare a lichidului.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se folosește cana cu cioc	Permite comoditate
2. Se va servi pacientul grav cu porții mici, cu înghițituri mici	Fiind slăbit obosește ușor. Să nu se înecă
3. Cantitatea de lichid depinde de gradul de deshidratare	E indicată de medic
4. Se asigură hidratarea prin pai din cană obișnuită sau pahar: 4.1 Se protejează lenjeria cu un prosop sau scutec; 4.2 Se toarnă în cană sau pahar porția de lichid indicat 20—50ml; 4.3 Se servește pacientul cu un pai de plastic; 4.4 Se urmărește ca capătul să fie permanent în lichid; 4.5 Se repetă frecvent acest mod de hidratare;	Asigură o comoditate mai bună Se așterne sub bărbie Se explică cum să sugă lichidul Se evită înghițirea aerului Pentru ca în 24 ore să se consume lichidul indicat
5. Se mai poate hidrata cu lingurița: 5.1 Se așterne sub bărbie prosop sau scutec; 5.2 Se întoarce capul pe o parte; 5.3 Sub cap se pune o pernă sau se susține capul puțin ridicat; 5.4 Se ia în linguriță apă și se apropie de colțul gurii; 5.5 Câte puțin se dă bolnavului să înghită; 5.6 Să se repete frecvent pentru a fi folosită cantitatea de lichid indicată	Pentru a proteja lenjeria Să nu pătrundă în căile respiratorii lichidul Se evită pericolul asfixiei la bolnavii slăbiți Medicul indică cantitatea de lichid în 24 ore
6. Se reorganizează locul de lucru	

Scopul: Ca asistenta medicală să fie membru cu drepturi egale în echipa de îngrijire, și tot odată lider în echipa de îngrijire.

Indicații: Acordarea îngrijirilor de Nursing

Caracteristicile principale:

- Asistenta medicală asigură îngrijiri 24 ore din 24 ore.
- La doleanța personalului medical serviciul de gardă — tura — durează 24 ore.
- Bolnavul trebuie îngrijit permanent cu aceeași conștiinciozitate.
- Între asistenta medicală și pacient pentru o îngrijire calitativă se va respecta următoarele cerințe: înțelegerea, comunicarea, toleranța, indulgența.
- Asistenta medicală va efectua la pacient toate îngrijirile din timpul zilei și nopții și inclusiv pansamente, perfuzii, măsuri de reanimare.
- Se va transmite din tură în tură toată informația necesară despre pacienți, indicațiile medicului, îngrijirile realizate și nerealizate.
- Se va construi un dialog pozitiv în relațiile membrilor echipei de îngrijire.
- Se va transmite serviciul de gardă oral și în scris detaliat în caietul de rapoarte și planul cu dosarul de îngrijire.
- Între asistenta medicală și pacient se vor păstra relațiile profesionale și umane, numaidecât omenia și amabilitatea.
- Orice pacient se va simți în plină siguranță numai atunci când membrii echipei vor colabora, se vor stimula unul pe altul.
- Munca asistentei medicale și a echipei întregi este obositoare dar tot odată aduce satisfacție și bucurii când se vede rezultatul pozitiv.
- Asistenta medicală va forma o relație de conlucrare și colaborare cu medicul; formând o echipă pluridisciplinară.
- Asistenta medicală va fi foarte atentă la executarea indicațiilor medicului, va fi punctuală.
- Asistenta medicală va observa efectul medicamentului și în caz de complicație imediat anunță medicul.

STANDARD

REGULILE DE COMPORTARE CU CADAVRUL

Scopul: De a respecta cerințele de comportament cu decedatul.

Indicații: Stabilirea semnelor morții la muribund
Respectarea ordinelor în vigoare ale MS

MATERIALE NECESARE:

- Registru de predare a serviciului,
- Fișa medicală, FR, DÎN
- Foaia de însoțire în secția morfopatologică,
- Fașă de tifon
- Brancardă
- Cearșafuri — 2

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală împreună cu medicul va constata semnele morții — oprirea R, P, relaxarea completă a musculaturii, instalarea palidității cadaverice, abolirea completă a reflexului pupilelor.	Prin examinare
2. Se va nota în toată documentația medicală constatarea decesului, data, ora, cauza și va semna.	De către medic și asistenta medicală
3. Se va lăsa decedatul în pat încă 2 ore după deces:	Ca să se instaleze semnele sigure ale decesului — rigiditatea și semnele.
3.1. Dacă în salon sunt mai mulți pacienți decedatul cu tot cu pat se va transfera într-o încăpere separată.	
4. Decedatul va fi dezbrăcat complet.	Vestimentația se va transmite rudelor.
5. Toate bijuteriile, lucrurile de preț și obiectele personale se transmit rudelor.	
6. Dacă rudele nu sânt prezente asistenta medicală transmite asistentei medicale superioare din secție toate aceste obiecte, însoțite de o listă cu enumerarea lor și semnătura.	Se va păstra în safeu până la predarea rudelor
7. Asistenta medicală trebuie să fie îmbrăcată în halat și mănuși de protecție.	
8. Cadavrul rămâne culcat în pat pe un cearșaf care acoperă mușamaul.	Toată lenjeria se va îndepărta.
9. Asistenta medicală va fixa maxilarul cu fașă de tifon în jurul capului.	Sau o broboadă, scutec
10. Se vor închide ochii și se vor așeza mâinile de-a lungul corpului.	Picioarele se vor întinde uniform.
11. Regiunea murdară de sânge, vărsături trebuie spălată în secție.	De către infirmieră.
12. Nu se vor atinge plăgile operatorii sau traumatice.	Pentru a păstra aspectul lor inițial.
13. Se înlătură sondele, drenurile, emplastrele și pansamentele lipite de corp. (care fixează plaga)	
14. Decedatul va rămâne învelit cu un cearșaf.	Acoperit total
15. Se completează foaia de însoțire a cadavrului în secția morfopatologică:	Datele asistentei medicală le va lua din fișa medicală completată de medic
a. Numele, prenumele	
b. Vârsta	
c. Secția	
d. Domiciliul	
e. Diagnosticul medical.	
f. Data și ora decesului	
g. Cauza decesului	
h. Semnătura asistentei medicale de gardă	
16. Cadavrul se va transporta pe brancardă specială de către 4 persoane (asistenta medicală și infirmiere)	Menită numai pentru transportarea cadavrului.
17. Asistenta medicală va asigura lipsa pacienților pe coridor în timpul transportării cadavrului.	Pentru a evita emoții negative.
18. Se va transporta cadavrul în cea mai mare liniște.	Ajotajul ca factor negativ influențează psihicul.
19. În timpul transportării asistenta medicală va supraveghea ca cadavrul să fie bine înfășurat în cearșaf	Să nu alunece mâna sau piciorul.

20. În secția morfopatologică cadavrul este transmis însoțit de foaia de însoțire și fișa medicală.	Personalului din secție
21. Dacă transportarea cadavrului se face în timpul turei de noapte documentele de însoțire se vor transmite în secție a II zi dimineată.	Deoarece noaptea lipsește personalul din secția morfopatologică
22. Dacă sunt prezente rudele sunt rugate să păstreze liniște și calm.	
23. Pentru a nu confunda cadavrele foaia de însoțire se va atașa la un membru prin fixare cu o fașă de tifon.	
24. Brancarda cu care a fost transportat cadavrul se va dezinfecta în secție.	Conform Standardului.
25. Patul decedatului se supune dezinfectării.	Și accesoriile patului.
26. Lenjeria decedatului se va spăla separat.	
27. Asistenta medicală trebuie prin comportamentul său să-i calmeze pe ceilalți pacienți.	

STANDARD CONSTATAREA DECESULUI

Scopul: Ca asistenta medicală și rudele să observe la timp semnele decesului;

Indicații: Pacient muribund în agonie;

ÎNGRIJIRILE NECESARE

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Asistenta medicală și rudele trebuie să cunoască și să respecte Drepturile oamenilor muribunzi.	După O.M.S:
1.1	Dreptul de a fi tratat și îngrijit ca un om viu pînă nu va muri.	
1.2	Am dreptul să sper	
1.3	Am dreptul să-mi exprim cum vreau emoțiile față de moartea ce se apropie	
1.4	Am dreptul să particip la luarea deciziilor referitoare la persoana mea	
1.5	Dreptul la ajutor medical și îngrijiri chiar dacă boala este incurabilă	
1.6	Am dreptul să nu mor în singurătate	
1.7	Am dreptul să fiu izbăvit de durere	
1.8	Am dreptul să primesc răspunsuri veridice la întrebările mele	
1.9	Am dreptul la adevăr, să nu fiu dus în eroare	
1.10	Am dreptul la ajutorul familiei în acceptarea morții	
1.11	Am dreptul să mor în pace și cu demnitate	
1.12	Am dreptul să-mi păstrez individualitatea	
1.13	Am dreptul să discut și să acumulez experiența mea religioasă și spirituală	
1.14	Am dreptul să sper că orice corp uman trebuie respectat și după moarte	
1.15	Am dreptul să fiu acel om de care au grijă persoane atente, binevoitoare, competente, care înțeleg doleanțele mele și mă vor ajuta să înfrunt cu demnitate moartea.	
2.	Asistenta medicală va ști și va învăța rudele, familia să observe semnele decesului:	
2.1	Se verifică absența respirației și a pulsului	Prin observare și palpare
2.2	Nu se determină valorile TA	Prin măsurare
2.3	Trăsăturile feței se modifică, bărbia, nasul sunt ascuțite	
2.4	Pielea palidă-gălbuie	
2.5	Buzele palide	
2.6	Scade temperatura corpului	Mai jos de 36°C
2.7	Extremitățile corpului reci	
2.8	Retina ochiului tulbure, la fel sclerele	
2.9	Lipsesc toate reflexele	
2.10	Pupila dilatată, lipsește reacția ei la lumină	
2.11	Posibila relaxare a mandibulei	
2.12	Ochii închiși	
3.	Se respectă ritualurile religioase în timpul decesului: — asistarea preotului — se aprinde lumînarea — rugăciuni etc.	La doleanța muribunzului sau a rudelor
4.	Se anunță medicului ora, data decesului și cauza.	
5.	Se respectă regulile de comportare cu cadavrul în dependență de locul decesului — acasă sau spital.	Vezi Standardul
6.	Se încurajează familia decedatului	

STANDARD**SUPRAVEGHEA ȘI MONITORIZAREA CONTRACȚIILOR UTERINE**

Scopul: Pentru a urmări durata, frecvența, intervalul și puterea fiecărei contracții

Indicații: Pentru a evita apariția complicațiilor posibile

MATERIALE NECESARE:

- monitor;
- ceas secundar.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Se supraveghează contracțiile în I perioadă a nașterii	Conform cerințelor
2.	Moașa spală mâinile, le dezinfectează, îmbracă mănușile	Vezi Standardul
3.	Se fixează mâna dreaptă pe uterul lăuzei	
4.	Se urmărește începutul, durata și sfârșitul contracției	Se supraveghează continuu 10 min
5.	Se fixează intervalul dintre fiecare contracție	
6.	Se repetă supravegherea periodic	La fiecare 30 min
7.	Dacă contracțiile uterine durează aproximativ 30 secunde indică necesitatea de supraveghere mai frecventă	Cînd colul uterin este deschis complet contracțiile durează până la 1 minut
8.	Contracțiile pot fi supravegheate și prin monitorizare cu cardiomonitorul	Vezi standardul
9.	Se înregistrează grafic pe hîrtia specială a cardiomonitorului fiecare contracție uterină	Vezi standardul
10.	Dacă apar unele modificări se anunță medicul	
11.	Rezultatele se înregistrează în portogramă	

STANDARD**AUSCULTAȚIA BCF – BĂȚĂILOR CARDIACE A FĂTULUI**

Scopul: de a supraveghea frecvența bătăilor inimii fătului

Indicații: În perioada I și a II a nașterii

MATERIALE NECESARE:

- stetoscop de lemn
- ceas cu secundar

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se spală apoi se dezinfectează stetoscopul	Conform cerințelor
2.	Se dezinfectează de 2 ori la interval de 15 min.	Pentru a combate infecția. Cu soluția indicată
3.	Pacienta se culcă în DD	Să fie comod
4.	Se anunță necesitatea auscultației	Ca să accepte și să coopereze
5.	Se calmează și se explică procedura	Se reduce anxietatea
6.	Se fixează orificiul mai larg al stetoscopului pe uter și căutăm locul unde se aud mai bine bătăile cordului fetal	Pentru a avea zgomotele inimii mai clare
7.	Se fixează timpul	
8.	Se numără bătăile inimii timp de 1 min.	
9.	Frecvența bătăilor inimii se notează pe partogramă	
10.	În I perioadă a nașterii se repetă auscultația bătăilor cordului 1 dată în 30 min.	Se compară cifrele cu cele precedente
11.	În perioada II a nașterii se ascultă BCF după fiecare împingere	

STANDARD INSTALAREA CARDIOMONITORULUI

Scopul: De a înregistra pe ecran BCF
De a înregistra grafic contracțiile uterului

Indicații: Perioada I și II a nașterii

MATERIALE NECESARE:

- cardiomonitorul
- gel
- centura de bandaj
- prosop.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se anunță parturienta și i se explică esența examinării	Se respectă dreptul la informare
2.	Se calmează și se încurajează	Se evită frica, ca să accepte examinarea
3.	Se dezinfectează membrana traductorului de la cardiomonitor	Combaterea infecției
4.	Se așează comod cardiomonitorul de pe măsuta cu roțile lângă parturientă	Se asigură acces și comoditate
5.	Se fixează cu centura de bandaj elastic traductorul pe uter	Fixarea să nu fie strânsă
6.	Traductorul este prelucrat cu gel și se fixează pe uter în locul de ascultație a inimii fătului	Se permite contactul
7.	Se verifică unirea cu pământul a aparatului	Se respectă regulile de protecție
8.	Se conectează aparatul la priză	
9.	Se deschide clema	
10.	Se urmărește pe ecran numărul pulsațiilor inimii	Se notează aceste cifre concomitent pe cardiogramă
11.	Se urmărește înregistrarea grafică a contracțiilor uterine pe cardiogramă	Pentru monitorizare
12.	Supravegherea este continuă și durează perioada I și II a nașterii	

STANDARD

TEHNICA DUȘULUI GENERAL

Scopul: În I perioadă a nașterii cu scop de calmare a durerii

Indicații: Ca metodă de analgezie

MATERIALE NECESARE:

1. apă de la duș;
2. temperatura de la +22° +30°;
3. cearșaf;
4. prosop;
5. încălțăminte de protecție;
6. scaun;
7. cuier;
8. căciuliță de protecție.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentare
1.	Se explică lăuzei importanța dușului în I perioadă a nașterii	Ca să accepte
2.	Durata dușului la alegerea lăuzei	În dependență de starea ei
3.	Temperatura apei e la fel la alegerea lăuzei	Temperatura apei de la +22° +30°
4.	Apa de la duș să nu ude capul	Se va proteja cu căciulița de cauciuc
5.	Poziția în picioare sau șezînd pe scaun	Să-i fie comod
6.	Vestimentația se află în cui	Se va combate infecția
7.	În picioare are încălțăminte de protecție	
8.	Lauza va monitoriza împreună cu moașa intervalul dintre dureri și durata lor	Pentru a supraveghea evoluția nașterii
9.	Ea însăși trebuie să observe reducerea intensității durerilor	Pentru stabili efectul metodei
10.	Moașa supraveghează starea generală	Pentru a evita complicațiile
11.	La necesitate se examinează	

STANDARD

TOALETA LĂUZEI DUPĂ NAȘTERE

Scopul: Pentru a respecta igiena corporală

Indicații: La lăuzele după naștere la indicația medicului

MATERIALE NECESARE:

- tava dreptunghiulară sterilă;
- pensă sau porttampon;
- tampon de vată și tifon steril;
- sol Permanganat de potasiu 1:5000
- tăviță pentru resturi;
- mănuși sterile;
- termometru pentru apă
- cuva pentru eliminări vaginale

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Materialele necesare se așează la îndemână	Pentru comoditate
2.	Se anunță lăuza	Ca să accepte
3.	O altă moașă sau infirmieră toarnă soluția pregătită sub un get mic de asupra pubisului	Temperatura apei să fie 30—32°. Ca apa să se scurgă spre anus
4.	Moașa cu un tampon înlătura sub acest get sîngele de pe organele genitale cu mișcare de sus în jos	Tampoanele se aruncă în tăvița pentru resturi
5.	Se repetă aceeași procedură pînă ce organele genitale sunt curate	
6.	Cu mișcări de la organele genitale spre exterior se spală pielea din partea internă a coapselor	
7.	La urmă se spală anusul	
8.	Pielaea se usucă prin îmbibarea cu tampoane uscate	Tampoanele se aruncă la resturi
9.	Se schimbă scutecul de sub bazinul lăuzei	
10.	Între coapse se instalează cuva în care se elimină secrețiile uterine și vaginale	Pentru a măsura cantitatea de sânge eliminat
11.	Se așează comod în pat și se învelește cu o plapumă	Se evită suprarăcirea
12.	Tampoanele folosite se dezinfectează timp de 1 oră în una din soluțiile dezinfectante apoi se aruncă	Conform ordinelor în vigoare ale MS

STANDARD

PRELUCRAREA OMBILICULUI LA NOU NĂSCUT

Scopul: Combaterea pătrunderii infecției prin plagă

MATERIALE NECESARE:

- mănuși sterile
- săpun pentru prelucrarea mâinilor
- alcool etilic 70°
- apă oxigenată 3%
- verde de briliant 1%
- pensă sterilă
- tampoane de vată sterilă
- cuvă renală
- recipient steril

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta spală bine mâinile cu apă și săpun, apoi le dezinfectează cu soluție de alcool 70°	Se reduce riscul de infectare
2.	Se îmbracă mănușile sterile	Protecția copilului de infectarea posibilă
3.	Se așează copilul pe măsuta de înfășat, care în prealabil este prelucrată cu apă oxigenată 3%	În scop de dezinfectarea și combatere a infecției
4.	Se desfașă copilul	
5.	De pe măsuta sterilă cu o pensă se ia un tamponaș de vată steril și se prelucrează plaga cu o soluție de apă oxigenată 3%	Se asigură distrugerea microbilor
6.	Se îmbibă alt tampon în alcool și se dezinfectează plaga ombilicală	Are loc distrugerea microbilor
7.	Pielea se prelucrează în jurul ombilicului	Se va reduce riscul de infecție
8.	Se prelucrează ombilicul cu Verde de briliant 1%	Are acțiune dezinfectantă
9.	Tampoanele folosite se pun în cuvă renală, care sunt mai târziu supuse dezinfectării în soluție de apă oxigenată 6% — 60 min sau clorură de var 10 % — 120 min	Se asigură distrugerea microbilor, infecției
10.	Atunci când plaga ombilicală s-a cicatrizat, ombilicul se prelucrează încă câteva zile doar cu Verde de briliant 1%	Se previne infectarea

STANDARD

PRELUCRAREA OCHILOR LA NOU NĂSCUT

Scopul: Toaleta matinală
Înlăturarea secrețiilor
Prevenirea infecției oculare

MATERIALE NECESARE:

- permanganat de potasiu 0,005% (1:5000)
- tampoane de vată sterile
- vase sterile
- tăviță renală pentru resturi
- pensă sterilă
- șervețele de tifon steril
- șorț de mușama

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Aspectul asistentei să fie impecabil	
2.	Se spală mâinile cu săpun	Se reduce riscul de infectare
3.	Se usucă cu un șervețel de tifon	
4.	Se dezinfectează mâinile cu alcool 70°	Pentru combaterea infecției
5.	Se îmbracă mănușile	
6.	Se culcă copilul pe măsuta de înfășat (care în prealabil se dezinfectează cu apă oxigenată 3%)	Se evită riscul infectării
7.	Cu pensă sterilă se ia un tampon de vată sterilă, peste el se toarnă soluție de Permanganat de potasiu 0,005% deasupra tăviței renale	Se va preveni riscul de infectare
8.	Se șterge ochișorul cu o mișcare atentă de la unghiul extern spre cel intern	Se asigură înlăturarea secrețiilor infectate
9.	Cu alt tampon această procedură se repetă la celălalt ochi	
10.	Tampoanele folosite se pun în tăvița renală unde se dezinfectează cu soluție de apă oxigenată 6% — 60 min sau clorură de var 10% — 120 min.	Se asigură o calitate bună de dezinfectare
11.	Cu un tampon uscat se șterge un ochișor, apoi cu altul se șterge celălalt ochișor cu aceleași mișcări	Pentru a usca bine pleoapele. Se asigură înlăturarea totală a infecției
12.	Reorganizarea locului de lucru	

STANDARD**TOALETA NAZALĂ A NOU-NĂSCUTULUI**

Scopul: De-a curăța căile respiratorii
De-a menține permeabilitatea nazală
De-a îmbunătăți respirația nazală
Prevenirea infecției nazale
De-a preveni escarele nazale provocate de sonda nazală

MATERIALE NECESARE:

- Fitile de vată sterile
- Borcănaș steril
- Ulei steril la temperatura +20° +22°
- Tăvița renală pentru resturi
- Pensa sterilă
- Mănuși sterile
- Șorț de mușama

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta îmbracă șorțul de mușama	Se reduce pericolul de infecție. Protejarea hainelor
2.	Asistența spală mâinile cu săpun	
3.	Mâinile se dezinfectează cu alcool 70°	Se asigură combaterea infecției, protecția personală
4.	Se îmbracă mănușile sterile	
5.	Cu pensa se ia un fitil de vată sterilă	Astfel se menține sterilitatea
6.	Se umezește mucoasa nazală la o nară; Cu alt fitil se umezește cealaltă nară cu ulei steril încălzit până la t — +20° +22°	Atent, cu mișcări rotative pentru a evita traumatizarea. Pentru a ușura curățarea și a evita traumatizarea în caz de cruste
7.	Cu un fitil uscat cu mișcări rotative se îndalță de pe mucoasa nazală mucozitățile dintr-un meat nazal	Se va facilita respirația
8.	Cu alt fitil — celălalt meat nazal	Se va asigura respirația nazală liberă
9.	Resturile se pun în tăvița renală și se dezinfectează cu sol. Apă oxigenată 6% — 60 min.	Pentru a dezinfecta mucozitățile extrase de pe fitil

STANDARD

PROFILAXIA GNOBLENOREII

Scopul: De a preveni transmiterea infecției gonoblenoreice de la mamă la făt

Indicații: La nou-născut masculin — ochișorii
La nou-născut feminin — ochișorii și vulva.

MATERIALE NECESARE:

- unguent tetraciclină 1 % (oftalmic)
- tampon de tifon pe un scutec steril de pe măsuta sterilă
- mănuși sterile

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	În primele două ore după naștere moașa împreună cu medicul neonatolog efectuează procedura	Respectarea ordinelor în vigoare ale MS
2.	Moașa spală mâinile, le dezinfectează, apoi îmbracă mănușile sterile	Combaterea infecției
3.	Se așează copilul pe o masă, spre care este orientată o sursă de încălzire	Se evită suprarăcirea nou-născutului
4.	Copilul se va dezbrăca sau desfășa	Pentru a avea acces la vulvă (la fete)
5.	Moașa pregătește două tamponi pentru ochișori și un tampon pentru vulvă	
6.	Neonatologul aplică din tub un pic de unguent tetraciclină 1% în unghiul intern al ochiului	Fără a atinge ochiul
7.	Moașa cu 2 tamponi masează ușor fiecare ochi	Pentru absorbția unguentului
8.	La fel se aplică unguent pe vulvă la fete	Combaterea gonoreii
9.	Moașa cu un tampon steril va îmbiba toată suprafața vulvei cu unguent	Tamponii se aruncă în recipient cu dezinfectant
10.	Copilul se îmbracă sau se înfașă	Se protejează de suprarăcire
11.	Se notează în fișa medicală a copilului denumirea medicamentului, data, ora și numele persoanei care a efectuat profilaxia gonoblenoreii. Ex. Ung. Tetraciclini 1%	Cu scop de profilaxie

STANDARD**PRELUCRAREA SECUNDARĂ A CORDONULUI OMBILICAL**

Scop: Pentru a evita infectarea prin cordonul ombilical
Pentru a proteja de infecție în timpul scurtării cordonului până la normă

Indicații: Primele două ore după prelucrarea primară a cordonului ombilical.

MATERIALE NECESARE:

- mănuși sterile
- alcool
- pensă sterilă
- scutec steril
- foarfece steril
- permanganat de potasiu 1:5000
- material steril pentru pansament
- tăviță sterilă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se pregătește sursa de încălzire la temperatura +22+24°C	Pentru a evita suprarăcirea.
2.	Se așează nou-născutul pe masa acoperită cu un scutec steril.	Pentru a combate infecția
3.	Moașa spală mâinile, la dezinfectează și îmbracă mănușile sterile	Protecția personală și a nou-născutului
4.	Se ia cu pensa un tampon din vată și se îmbibă în alcool etilic de 96°	
5.	Se dezinfectează cordonul de la mijlocul lui spre inelul ombilical și în jurul lui	Combaterea infecției
6.	Se fixează ligatura la distanță de 0,5—1 cm de la inelul ombilical	Din tifon steril răsucit
7.	Se strânge strâns și se fixează bine	Pentru a întrerupe circulația
8.	Cu foarfecele steril se taie după ligatură restul cordonului ombilical	Cordonul înlăturat se supune dezinfectării
9.	Bontul ombilical se dezinfectează cu bagheta de vată îmbibată cu Permanganat de potasiu 1:5000	Combaterea infectării
10.	Se aplică pansament de tifon steril	
11.	Se fixează cu o ligatură din tifon steril în formă de triunghi	Pentru a menține sterilitatea bontului.

STANDARD

CĂNTĂRIREA NOU-NĂSCUTULUI PREMATUR

Scopul: Determinarea masei corporale
Supravegherea prin cântărire a volumului de lapte de la fiecare alimentație

Indicații: Ca regulă dimineața în fiecare zi
În diverse boli de nutriție
În alimentația artificială
Înainte și după alimentație

MATERIALE NECESARE:

- cântar electronic
- copilul dezbrăcat pentru a afla masa reală
- pregătirea mediului în salon +22°+24°C
- registru pentru notarea masei corporale

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se dezinfectează suprafața cântarului înainte de fiecare copil	Se protejează de riscul infectării
2.	Se așterne scutecul	Se evită suprarăcirea
3.	Se instalează copilul dezbrăcat pe scutec	Atent să nu se lovească
4.	Se citește valorile de pe ecran	Se memorizează cifrele
5.	Se notează în registru valorile și în DÎN	Notarea cifrică
6.	Se alăptează copilul	
7.	Se repetă cântărirea	Pentru a stabili cantitatea de alimente ingerate
8.	Se citește și notează rezultatul	Notarea cifrică
9.	Se calculează diferența	
10.	De exemplu cu 20 gr cântărește mai mult după alăptare	Se asigură evaluarea cantității de lapte ingerat
11.	Se face concluzia: copilul a supt 20 ml	
12.	În fiecare dimineață copilul se cântărește gol-goluț	Să se respecte aceleași condiții de cântărire în fiecare dimineață
13.	În apropiere să fie conectată lampa de încălzire	Se asigură evitarea suprarăcelei
14.	Se fixează valorile masei corporale de pe cântar	Se memorizează cifrele
15.	Se înfașă copilul	Pentru a evita suprarăcirea
16.	Se notează cifrele în registru și DÎN	Notarea cifrică
17.	Se instalează copilul în pat	
18.	Se dezinfectează cântarul	

STANDARD ÎMBRĂCAREA SUGARULUI

Scopul: De a proteja copilul de suprarăcire sau supraîncălzire.
De a asigura mișcările libere ale copilului

Indicații: Orice copil sugar indiferent de vârstă și boală

MATERIALE NECESARE:

- cămașă de corp
- vestă groasă
- ștrampi
- pantaloni
- șosete
- botoșei
- căciuliță pe cap subțire sau groasă
- pampers curat

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se pregătește necesarul și se așează lângă copil pe masa de înfășat. 2. Asistenta medicală are mâinile curate 3. În salon se menține $t^{\circ} +20+22^{\circ}$ 4. Se scot hainele murdare 5. Dacă este necesar se face toaleta parțială sau baia generală. 6. Se schimbă pampersul curat 7. Se îmbracă cămașa subțire de corp apoi vesta groasă 8. Se îmbracă ștrampii apoi pantalonii. 9. În sezonul cald se îmbracă șosete și pantaloni subțiri. 10. Se fixează pe cap căciulița. 11. Se încalță botoșei 12. Este de dorit ca toate hăinuțele să fie fără nasturi, cu legături speciale. 13. Copilul îmbrăcat se culcă în pătuc 14. Se reorganizează locul de lucru.	Se asigură comoditatea. Pe masă se așterne un scutec. Pentru combaterea infecției. Pentru a evita suprarăcirea Se va dezbrăca atent Pentru a evita supraîncălzirea Subțire sau groasă — la sezon Pentru a evita traumarea

STANDARD PRIMA ALĂPTARE

Scopul: De a învăța lăuza tehnica corectă a alăptării nou-născutului

Indicații: În primele 30 min — 2 ore după naștere

MATERIALE NECESARE:

— scutec sau prosop.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea sînului	Vezi Standardul
2.	Se instalează lăuza comod, culcată în poziția semilaterală	DLS sau DLD
3.	Se așterne scutecul sau prosopul sub glanda mamară	Pentru protecție
4.	Copilul este așezat cu căpșorul pe brațul mamei	Se asigură comoditate
5.	Fața copilului să fie întoarsă spre sîn	
6.	Gurița să fie la nivelul mamelonului	
7.	Se apropie burtica pruncului de burta mamei	Se va menține căldura prin atingere
8.	Se ating buzele sugarului de mamelonul și cea mai mare parte a areolei mamare	
9.	Cu cealaltă mînă se va susține sînul	Ca năsucul să fie liber, să respire liber
10.	Înghițiturile se văd și se aud	Se supraveghează vizual
11.	Se recomandă de a alăpta copilul în primele 30 min după naștere	În dependență de starea lăuzei și a copilului
12.	Se alăptează copilul ori de câte ori dorește	Conform noilor cerințe
13.	Se va alimenta copilul din ambii sîni la o alăptare	Se va stimula lactația
14.	Durata unei alăptări este diferită	Depinde de copil

STANDARD**ÎNGRIJIREA CAVITĂȚII BUCALE LA SUGAR**

Scopul: Cu scop de tratament
Pentru aplicarea soluțiilor medicamentoase pe mucoasa bucală

Indicații: În mărgăritărel

MATERIALE NECESARE:

- tavă sterilă
- tampoane de tifon sterile
- mănuși sterile
- soluția de Nistatină
- soluția de Bicarbonat de Natriu 2%,
- Vit. B6
- Tăviță pentru resturi

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală selectează din foaia de prescripție medicală numele, prenumele copilului și medicamentul necesar.	Pentru a acorda corect îngrijirea
2. Se pregătesc materialele necesare și se transportă lângă copil	Pentru a asigura comoditatea
3. Asistenta medicală spală mâinile, dezinfectează și îmbracă mănușile sterile.	Combaterea infecției
4. Poziția copilului în DD	Se asigură acces
5. O altă persoană fixează cășorul copilului.	Pentru a evita mișcările și traumarea
6. Asistenta medicală înfășoară tifonul steril pe degetul arătător al mâinii drepte.	
7. Se umezește acest tampon cu una din soluții indicate de medic	
8. Atenț se deschide gurița și se badijonează cu această soluție mucoasa cavității bucale, limbii.	Pentru a aplica medicamentul
9. Se repetă același procedeu după necesitate.	Pentru a spori vindecarea
10. Tampoanele folosite se aruncă în tăvița cu resturi.	
11. Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției

STANDARD**PREGĂTIREA LOCULUI DE LUCRU A ASISTENTEI MEDICALE DE GARDĂ**

Scopul: De a asigura locul de lucru cu toate cele necesare pentru activitatea continuă.
Combaterea infecției nosocomiale.

Indicații: Înainte de a începe serviciul de gardă (tura)

MATERIALE NECESARE:

Măsuța sterilă, tavă sterilă, sol. dezinfectante, instrumente sterile, casolete N 1, 2, 3, mănuși sterile și de lucru de unică folosință, medicamentele, seringile, ace, sisteme pentru perfuzii și transfuzii, monitorul, EKG, sursa de oxigen + masca, aspiratorul electric, toate obiectele de îngrijire, documentația respectivă, echipamentul asistenta medicală.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală se va prezenta la serviciul de gardă cu 10—15 minute înainte de începerea lucrului.	
2. Își va schimba vestimentația cu echipamentul de lucru.	Conform cerințelor
3. Va prelua serviciul de gardă de la colegă.	Vezi Standardul.
4. Verifică prezența materialului steril și a instrumentelor (numărul lor)	
5. Asigură transportarea casolețelor la centrul de sterilizare.	
6. Spală mâinile, le dezinfectează și îmbracă mănușile.	Combaterea infecției.
7. Acoperă măsuța de lucru: — scutec steril — 2 — pensă sterilă — în soluție dezinfectantă — tampoane sterile din vată — Garoul dezinfectat — Alcool 70° — Tăvițe pentru resturi — 3 (fiole folosite, seringi folosite, lichide)	
8. Acoperă masa sterilă.	La necesitate. Vezi Standardul
9. Acoperă tava sterilă	La necesitate. Vezi Standardul
10. Verifică integritatea și funcția aparatelor de la postul de gardă: setul SIDA, setul antișoc, monitor, sursa O ₂ , EKG, setul pentru transfuzii, toate obiectele de îngrijire.	Pentru a asigura calitatea îngrijirilor.
11. Asigură locul de lucru cu toate soluțiile dezinfectante necesare.	Conform ordinelor în vigoare ale MS
12. Verifică asigurarea cu medicamentele necesare.	Conform indicațiilor medicului.
13. Verifică documentația postului și o completează.	Conform cerințelor
14. Asigură cu recipientele necesare pentru bolnavi.	Pentru dren, sonde, diureză, etc.
15. Verifică și menține respectarea regimului sanitar-antiepidemic în salon.	Dezinfectarea, cuarțarea, aerisirea t° în salon, luminozitatea.
16. Creează condiții pentru a efectua îngrijirile corporale.	Satisfacția nevoilor fiziologice.
17. Asigură transportarea la timp a materialelor recoltate de la pacient în laborator.	A spitalului și în afara spitalului.

TRANSFERAREA ȘI TRANSPORTAREA PACIENTULUI DIN SECȚIA ATI

Scopul: De a transporta corect pacientul în timpul transferului.

Indicații: În cazul de transfer a pacientului în secția curativă la indicația medicului.

MATERIALE NECESARE:

Brancardă, lenjerie de pat, vestimentația, obiectele de îngrijire și de preț a pacientului, fișa medicală, scaunul cu roțile, FR, DÎN.

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Selectarea indicațiilor medicului	Se va preciza secția în care se transferă pacientul și numele pacientului.
2. Se anunță pacientul despre transfer.	Ca să înțeleagă și să accepte
3. Infirmiera pregătește brancarda sau căruciorul.	Conform indicațiilor.
4. Dacă transferul e în cărucior nu este nevoie de lenjerie de pat.	Se va înveli cald pentru a evita suprarăciria.
5. Transferul se efectuează fiind îmbrăcat în vestimentația pacientului.	
6. Transferarea pacientului de pe pat pe brancardă se efectuează cu tot cu cearșaf de către 3—4 persoane.	Concomitent, fără zdruncinături.
7. Dacă starea pacientului permite se va implica cu ajutor în timpul transferării pe brancardă sau cărucior.	Atunci va fi nevoie numai de 2 persoane.
8. Asistenta medicală va transporta pacientul împreună cu fișa medicală.	Însoțită de infirmieră.
9. Pe brancardă poziția pacientului DD — cu suportul de la cap ridicat.	Se asigură comoditatea.
10. Transportarea se efectuează cu liftul.	Se evită zdruncinăturile și curentul.
11. În timpul transportului asistenta medicală va supraveghea pacientul și va comunica cu el.	Aspectul general, se va încuraja.
12. În secția respectivă pacientul va fi transmis împreună cu fișa medicală asistentei medicale	
13. Asistenta medicală și infirmiera din secția respectivă sunt ajutate de asistenta medicală și infirmiera din ATI la transferarea pacientului de pe brancardă pe pat.	Se respectă aceleași cerințe.
14. Brancarda se va transporta înapoi în secție.	Suprafața se va dezinfecta.

STANDARD

SPECIFICUL ÎNGRIJIRII DRENURILOR DIN VEZICA URINARĂ ȘI RINICHI

Scopul: Asistenta medicală să respecte cerințele de îngrijire corectă a drenurilor pentru a preveni și evita complicațiile (obstrucția, infectarea, hemoragia).

Indicații: Bolnavul postoperator cu drenuri instalate în vezică și rinichi.

MATERIALE NECESARE:

recipient cu sol. Furacilină 1:5000, catetere și prelungitoare sterile, pense hemostatice sterile, ser fiziologic steril, 2 seringi Jeanet, urinar, pungă de plastic gradată ca recipient, mănuși sterile, tampoane sterile, suport pentru recipient și urinar, tifon sau elastic pentru fixare, alcool 70°

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Imediat după instalarea pacientului în pat asistenta medicală verifică poziția drenului	Ca să nu fie scos în timpul transportării
2.	Asistenta medicală fixează drenul de coapsă, unește cu prelungitorul	Ca să ajungă la recipient
3.	Se va fixa drenul cu prelungitor la recipient	De marginea patului
4.	Se urmărește cantitatea, culoarea și caracterul eliminărilor din dren	
5.	Asistenta medicală va nota toate acestea în foaia de observație	
6.	Se recomandă 1—2 ori pe zi ca asistenta medicală să efectueze lavajul drenului din vezica urinară	Drenul din rinichi nu se va spăla
7.	Spălarea drenurilor – lavajul drenului din vezică: a) asistenta medicală pregătește ser fiziologic, siringa Jeanet, mănuși sterile, tăviță renală și recipient pentru apa spălăturii; b) îmbracă mănușile sterile; c) cu un tampon de tifon steril prelucrează capătul drenului cu alcool de 70°, d) se verifică dacă nu este obturat drenul. Se aspiră din dren cu seringă Jeanet; e) dacă nu este drenul obturat asistenta medicală va aspira în altă seringă Jeanet soluție sterilă de ser fiziologic; f) se elimină aerul din seringă; g) se atașează amboul seringii la capătul extern al drenului și se ridică puțin mai sus de nivelul corpului; h) se introduce soluția apoi se detașează siringa; i) se lasă în jos capătul drenului deasupra unui recipient; j) se repetă lavajul pînă se consumă cantitatea indicată de ser; k) apoi se atașează și se fixează capătul drenului la recipientul de la marginea patului; l) se reorganizează locul de lucru	Se va combate infecția la distanța 10 cm Poate fi un cheag Temperatura 18+20°C Atent să nu fie bule de aer Ca soluția să pătrundă ușor în vezica urinară Ca să se elimine apa spălăturii vezicii urinare Vezi punctele e-i Ca să continue drenajul vezicii urinare Combaterea infecției

STANDARD

SUPRAVEGHEREA ASPECTULUI GENERAL AL PACIENTULUI OPERAT

Scopul: De a efectua supravegherea permanentă pentru a depista la timp orice complicație postoperatorie posibilă

MATERIALE NECESARE:

foaia de reanimare, ceas cu secundar, dosarul

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Supravegherea pacientului	
1.1	Se supraveghează culoarea feței, e posibil să apară cianoza pielii la nas, buze, lobul urechii	Indică insuficiență respiratorie sau circulatorie
1.2	Pielea feței trebuie să fie roză pal	Dacă T.A. este normală
1.3	Poate apărea paloarea feței și transpirație cu extremitățile reci	Indică insuficiența vasculară acută — colaps sau șoc
2.	Se supraveghează aspectul general	
2.1	Colorația unghiilor pal roz, dar poate apărea cianoza lor	Indică insuficiența respiratorie și circulatorie
2.2	Poate apărea paloarea și răcirea nasului, urechilor, mâinilor și picioarelor	E posibilă o complicație
2.3	Se verifică starea mucoaselor: — limba uscată sau umedă — limba curată sau saburală	Dacă e uscată indică deshidratare
2.4	Se observă umiditatea și elasticitatea pielii	
3.	Se supraveghează comportamentul	Calm și agitat
3.1	La trezire pacientul poate avea o stare de agitație, euforie	De supravegheat pansamentul să nu-l smulgă. La fel drenurile și perfuzia
3.2	Bolnavul poate să se ridice agitat din pat, are excitație motorie	Se va supraveghea permanent
3.3	Pot fi halucinații vizuale sau auditive	Se anunță medicul
4.	Supravegherea respirației	Vezi Standardul
4.1	Respirația trebuie să fie ritmică, liniștită	Nu mai mult de 20 respirații pe minut
4.2	Poate apărea mărirea frecvenței respirației	Indică încărcarea bronșică cu mucozități
4.3	Poate apărea respirație dificilă, mixtă	Se va anunța medicul
4.4	Poate apărea căderea limbii cu modificarea respirației și asfizia	E de dorit ca pipa să fie montată până la trezirea completă pentru a evita acestea
4.5	Se va aspira exudatul din căile respiratorii	Cu aspiratorul — vezi Standardul
4.6	Se va nota respirația supravegheată la fiecare oră	În foaia de reanimare și D.Î.N.
5.	Supravegherea pulsului	Vezi Standardul
5.1	Pulsul trebuie să fie ritmic, puțin accelerat, bine palpabil	
5.2	Poate apărea puls filiform, mic, slab	Este semn de hemoragie
5.3	Poate apărea o tahicardie pronunțată	Indică o complicație
6.	Supravegherea TA — fiecare oră cu notare	Vezi Standardul
6.1	Să se stabilească la timp posibilă scădere bruscă a TA	Indică stare de colaps sau șoc, o hemoragie
6.2	Urgent se va anunța medicul	În toate situațiile de agravare

STANDARD**PARTICULARITĂȚILE ÎNGRIJIRII PACIENTULUI CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ ACUTĂ**

Scopul: De a acorda îngrijirea și tratamentul respectiv urgent pentru a restabili funcțiile renale

Indicații: Insuficiența renală acută cu manifestările respective

MATERIALE NECESARE:

toate obiectele de îngrijirile necesare.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr	Etapele	Argumentarea
1.	Se va reda și se va menține postura comodă în pat a pacientului	Vezi Standardul
2.	Se va schimba postura după schemă	Să nu apară escare
3.	Se asigură condiții în salon necesare pentru satisfacerea nevoilor fiziologice în pat	Se asigură intimitate
4.	Se vor respecta toate regulile igienei în salon	
5.	As. med va efectua îngrijirile igienice corporale în pat: pielea, cavitatea bucală, ochii, nasul, urechile, organele genitale, toaleta intimă	Igiena matinală
6.	As/med. va supraveghea la pacient R, P-t°, T/A, diureza, ECG, se va anunța urgent medicul pentru a diminua aritmiile, tahicardia, edemele	Se vor nota indicii funcțiilor vitale
7.	Va îngriji pacientul în timpul vomei	Vezi standardul
8.	Va recolta sânge și urină pentru diverse investigații	La indicația medicului
9.	Se va supraveghea somnul	Durata și calitatea
10.	Se va acorda îngrijirile necesare pacientului în stare inconștientă	Conform standardului
11.	Se va hidrata pacientul prin perfuzie i/v	La indicația medicului
12.	Va menține regimul de foame în primele zile, la indicația medicului, prin alimentație parenterală	Perfuzii i/v
13.	Se va îngriji pacientul cu diaree	Vezi standardul
14.	Îngrijirea pacientului cu convulsii și combaterea lor	-/-
15.	Asistenta medicală împreună cu medicul va efectua Hemodializa — Epurarea extrarenală	Vezi standardul
16.	Se va îngriji pacientul în timpul Hemodializei	
17.	Asistenta medicală va învăța pacientul cu IRA să respecte regimul de repaus total	
18.	Se explică dieta și cantitatea de lichid, de proteine și sare	
19.	E necesară respectarea igienei corporale riguroase	

STANDARD**PREGĂTIREA ȘI MONTAREA APARATULUI PENTRU HEMODIALIZĂ**

Scopul: Dezintoxicarea organismului uman de toxinele acumulate
Ameliorarea echilibrului acido-bazic și hidrosalin

MATERIALE NECESARE:

aparatul de dializă „Frezenius“ — 4008 „B“, rinichiul artificial cu sistema corespunzătoare, 2 fistuline, 2 seringi de 10 ml, emplastru, 3 tampoane, alcool etilic, flacon cu soluție Natriu Clor 0,9% — 400 ml, mască, mănuși

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr .	Etapele	Argumentarea
1.	Se prelucrează minile, se îmbracă masca și mănușile	Combaterea infecției
2.	Se verifică ermeticitatea pachetului cu sistema pentru perfuzie și rinichiul artificial, flaconul, fistulinele	Ca să nu fie defecte ale aparatului și sistemii
3.	Se deschide pachetul cu sistema și se fixează la aparatul de dializă, se unește cu rinichiul artificial	Să se mențină sterilitatea sistemii
4.	Se testează aparatul de dializă și se umple sistema cu Natriu Clor 0,9% până la eliminarea totală a aerului	
5.	Se închide clemele	
6.	Se verifică lipsa bulelor de aer în sistemă	Pentru a evita embolia
7.	Se pregătește cuva cu fistulinele, seringele, tampoanele sterile umezite în alcool de 70°, emplastru	
8.	Se anunță pacientul	Pregătirea psihică a bolnavului
9.	Bolnavul ocupă o poziție comodă în D. D	Dacă pacientul este agitat se va fixa mâna
10.	Se aplică garoul elastic în treimea inferioară a brațului	Pentru a forma staza venoasă
11.	Se prelucrează regiunea cubitală cu 2 tampoane îmbibate cu alcool	Dezinfectarea pielii în locul puncției
12.	Se punctează fistula, întâi vasul venos, cu fistulina albastră, apoi vasul arterial cu fistulina roșie	Vezi Standardul „Puncția venoasă“
13.	Se fixează cu emplastru	Se va evita deconectarea fistulinei de fistulă
14.	Se fixează sistema arterială la fistulina arterială	
15.	Se introduce sol. Heparină 5000 unități	Doza e indicată de medic în dependență de starea pacientului și a indicelui Hb
16.	Se fixează sistema venoasă la fistulina venoasă	Apoi medicul deschide clemele
17.	Bolnavul este sub supraveghere pe tot procesul de dializă	Pentru a observa la timp și a preveni complicațiile
18.	Se măsoară TA, pulsul	Periodic, în dependență de starea pacientului
19.	Embolie aeriană, șoc anafilactic, hematome, dureri de cap, hiper TA sau hipo TA	
20.	Complicații posibile: Se va acorda asistența de urgență în caz de complicații	La indicația medicului

STANDARD**CERINȚELE LA INTERNAREA PACIENTULUI ÎN STAȚIONAR**

Scopul: Preîntîmpinarea introducerii și răspîndirii maladiilor infecțioase,

Indicații: Prevenirea infecțiilor nosocomiale, respectarea cerințelor prevăzute de ord. MS în vigoare.

Rezultatul dorit Excluderea posibilităților de răspîndire a infecției nosocomiale, depistarea locului de infecție posibil

Condiții necesare:

Asigurarea secției de internare cu utilajul necesar în conformitate cu ord. MS

Nr .	Activitățile asistentei medicale	Argumentarea
1.	Primirea pacienților într-o anumită ordine: notarea datelor în registru de evidență	Conform cerințelor
2.	Examenul medical: masa corporală, înălțimea, inclusiv t°, TA, P, R	Evaluarea stării actuale de sănătate
3.	Completarea fișei medicale	Motivația internării și evidența
4.	Prelucrarea sanitară igienică în dependență de starea pacientului	Combaterea infecțiilor
5.	Realizarea măsurilor de combatere a inf. nosocomiale	Conform ordinelor MS
6.	Transportarea pacientului în secția respectivă	Prevenirea riscului de accident și de agravare a stării de sănătate
7.	Predarea — preluarea pacientului și documentației în secție	Respectarea cerințelor

STANDARD**DECONECTAREA PACIENȚILOR DE LA APARATUL „RINICHI ARTIFICIAL”**

Scopul: De a respecta etapele necesare la deconectare pentru a evita unele complicații

Indicații: Sfârșitul ședinței de hemodializă

MATERIALE NECESARE:

tăviță sterilă, mănuși sterile, scutec steril, tampoane sterile, alcool 70°, tifon elastic.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Asistenta medicală verifică în sistema arterială și venoasă absența cuagulării	Dacă apar cuagulări se administrează 0,5 ml heparină la indicația medicului
2.	După expirarea timpului programat asistenta medicală oprește pompa de sânge a aparatului	
3.	Se închide cleva fistulinei arteriale și cleva sistemului arterial	Pentru a deconecta circulația arterială
4.	Se deconectează sistemul arterial de la fistula arterială	
5.	Se pornește pompa de sânge și se efectuează reîntoarcerea sângelui din sistemă	Ca sângele prin venă să se întoarcă în organism
6.	Se închide cleva sistemului venos	
7.	Se închide cleva fistulinei venoase	Pentru a deconecta
8.	Se deconectează partea venoasă a sistemului de la fistula venoasă	Pentru a opri scurgerea sangvină
9.	Se îndalătură fistulele aplicând tamponașe de tifon sterile îmbibate cu alcool pe locul injectării	Tampoanele apoi sunt dezinfectate
10.	Se fixează fașă de tifon elastic pe plica cotului	
11.	Se învață pacientul ca să protejeze mâna și să evite efortul	Se explică verbal
12.	Pacientul rămâne în repaos la pat pe termen de 1—2 ore	Pentru supraveghere
13.	Tamponașele aplicate pe locul injectării pot fi îndalaturate peste 2 ore	Se dezinfectează 1 oră pentru combaterea infecției
14.	Apoi se aruncă tampoanele la deșeuri	Combaterea infecției
15.	Se reorganizează locul de lucru	

STANDARD**PARTICULARITĂȚILE ÎNGRIJIRII PACIENTULUI CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ**

Scopul: De a ajuta bolnavul pe un termen cât mai lung să mențină funcțiile renale în stadiu compensat sau subcompensat

Indicații: Bolile renale cu nefroscleroză și IRC

MATERIALE NECESARE:

Toate obiectele de îngrijire necesară.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Pacienții cu IRC sunt eliberați de muncă	Se indică gr I sau II de invaliditate
2.	Repaos parțial — 12-14 ore pe zi	În stadiul compensat
3.	Repaos total	În stadiul decompensat
4.	Dieta se va respecta în dependență de stadiu. În stadiu decompensat, dieta hiperglucidică și normo calorică- hipoprotetică 20—30 g/24 ore. Hiposodată 2 g sare în 24 ore. Hipolipidică se reduc grăsimile animale și hipohidrică 700—800 în 24 ore	Conform cerințelor
5.	Se va învăța pacientul să se protejeze de infecții	Infecțiile secundare agravează evoluția bolii
6.	Controlul periodic al ureei și creatininei	Sunt indicii intoxicației cu reziduri azotate
7.	Măsurarea DT	Pacientul singur să știe și să măsoare DT
8.	Supravegherea T/A; în stadiu decompensat a funcțiilor vitale	Este de dorit să aibă tensiometru
9.	Cântărirea zilnică a pacientului. Se va supraveghea hiperhidratarea, edemele	
10.	Dacă starea e gravă pacientul va fi ajutat la satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale în pat	
11.	Pacientul va fi învățat să administreze corect diureticele, sarea de potasiu	Pentru a evita complicațiile
12.	Se explică să administreze corect medicamentele hipotensive, antianemice pentru a combate greața și sughitul, convulsiile, diareea și constipația	Pentru a evita complicațiile
13.	În stadiu decompensat, în tratamentul cu hemodializă cronică îngrijirile respective	Vezi standardul
14.	În stare inconștientă, comă uremică se vor efectua toate îngrijirile necesare	Vezi Standardul

CAPITOLUL VIII

ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR

1. Primul ajutor în coma diabetică-hiperglicemică	288
2. Primul ajutor în coma hiperglicemică	289
3. Acordarea primului ajutor în abdomen acut	290
4. Primul ajutor în colica biliară	291
5. Primul ajutor în colica renală	291
6. Acordarea asistenței de urgență în criza epileptică	292
7. Acordarea primului ajutor în convulsii la copil	294
8. Acordarea primului ajutor în hipertermie — febră la copil	295
9. Asistența de urgență în hemoragie nazală (epistaxis)	296
10. Asistența de urgență în leșin (lipotimie)	297
11. Asistența de urgență în colaps	298
12. Acordarea primului ajutor în șocul hipovolemic posthemoragic	299
13. Acordarea primului ajutor în criza hipertensivă	300
14. Primul ajutor în IMA — infarct miocardic acut	301
15. Îngrijirea în eclampsie	302
16. Acordarea primului ajutor în hemoragie uterină	303
17. Asistența de urgență în bronhospasm — în criza de astm bronșic (de sufocare)	304
18. Asistența de urgență în stenoza acută a laringelui	305
19. Primul ajutor în caz de corpi străini oculari	306
20. Acordarea primului ajutor și îngrijirea pacientului cu edem pulmonar acut	307
21. Tehnica respirației artificiale	308
22. Tehnica efectuării masajului cardiac extern	309
23. Acordarea primului ajutor în hemoragie renală	310
24. Îngrijirea în hemoragie digestivă superioară — HDS	311
25. Asistența de urgență în șoc anafilactic	312

STANDARD**PRIMUL AJUTOR ÎN COMA DIABETICĂ-HIPERGLICEMICĂ**

Scopul: De a scoate pacientul din comă
De a reduce glicemia

Indicații: Starea înconștientă (coma) la bolnav cu diabet zaharat

MATERIALE NECESARE:

Seringi, ace, alcool, vată, insulină, tensiometru, glucometru, pilă, mănuși, mască, tăviță renală

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se vor preciza manifestările comei hiperglicemice	Ca să se acorde asistența corectă
1.1	Stare înconștientă — coma calmă, mușchii relaxați	Tonusul scăzut
1.2	Respirația Kussmaul, amplă, zgomotoasă, rară	Cauzată de intoxicație
1.3	Deshidratare — pielea, limba uscate	
1.4	Hipotensiunea arterială, colaps	
1.5	Hiperglicemie pronunțată	
1.6	Miros de acetonă a aerului expirat	Miros de mere putrede
2.	Se precizează cauza comei:	Pentru a fi înlăturată
2.1	Eroare dietetică	
2.2	Doza mică de Insulină	
2.3	Surmenaj, stres	
2.4	Întreruperea tratamentului cu Insulină	
2.5	Infecția, intoxicația	
2.6	Tratament cu corticosteroizi	
3.	Urgent acasă se administrează Insulină simplă 20u i/v	Acțiune hipoglicemică. Se verifică glicemia
4.	Urgent consultația medicului	Pentru tratament specializat
5.	Supravegherea R, TA, P	Pentru a monitoriza funcțiile vitale
6.	Se transportă de urgență la spital	Pentru a continua asistența de urgență
7.	Controlul glicemiei — cu test	Se precizează efectul ajutorului acordat
8.	Tratamentul specializat cu Insulină, perfuzii, etc.	Pentru a stabili tratamentul corect

STANDARD**PRIMUL AJUTOR ÎN COMA HIPOGLICEMICĂ**

Scopul: De a scoate pacientul din comă
De a ridica nivelul glicemiei

Indicații: Stare inconștientă (coma) la bolnav cu DZ

MATERIALE NECESARE:

Seringi, ace, vată, alcool, Glucoză 40%, mănuși, mască, pilă, tăviță, Glucometru.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se precizează manifestările comei	Pentru a acorda corect ajutorul urgent
1.1	Agitație psihică	
1.2	Convulsii	
1.3	Starea inconștientă	
1.4	Transpirații profunde	
1.5	Hipertonia globilor oculari	
1.6	Hipoglicemie	La examinarea sângelui
2.	Se constată cauzele posibile	Ca să le înlăturăm
2.1	Supra dozarea insulinei	Se va corecta doza
2.2	Nu a folosit alimente dulci în precoma scurtă	Conform cerințelor
2.3	Nu a mâncat după administrarea insulinei	Conform cerințelor
3.	Urgent i/v se administrează sol. Glucoză 40% — 20 ml	Se va mări în sânge concentrația glucozei
4.	Pacientul rapid își revine din comă hipoglicemică	E efectul imediat dacă doza e corectă
5.	Controlul glicemiei — test	Pentru a verifica efectul
6.	Consultația medicului	Pentru tratament specializat
7.	Administrarea medicamentelor la indicația medicului	Se va continua acordarea ajutorului de urgență
8.	Dozarea corectă a insulinei	Ca să urmeze tratamentul corect
9.	Respectarea dietei prescrise	Se explică importanța

STANDARD

ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR ÎN ABDOMEN ACUT

Scopul: De a acorda asistență de urgență corect și la timp

Indicații: În caz de prezență a manifestărilor abdomenului acut.

Cauzele:

- perforația ulcerului gastric și duodenal
- apendicita acută gangrenoasă cu perforație
- colecistită acută litiazică și nelitiazică
- perforația vezicii biliare
- pancreatită acută necrotică
- neoplasmele colonului
- cancerarea căilor biliare
- sarcina ectopică; ocluzia chistului ovarian
- peritonita
- chist ovarian perforat
- ocluzia intestinală

Manifestările:

- durere violentă în abdomen, brutală, localizarea depinde de organul lezat
- contractura abdominală, la inspecție abdomenul retractat și imobil sau cu mobilitate redusă la mișcările respiratorii; la palpare — rigiditatea musculară la început izolată, apoi generalizată, mușchii încordați, „abdomen de lemn“.
- Vărsături repetate;
- Oprirea tranzitului intestinal pentru gaze și fecale, uneori diaree;
- Hipersensibilitatea abdomenului — durere de decompresiune bruscă a peretelui abdominal după o apăsare progresivă a acestuia;
- Fața palidă, cearcăne la ochi, transpirație, respirație superficială scurtă și rapidă, tahicardie, hipotensiune arterială
- Poate fi febră.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Poziția culcată în repaus absolut	Se evită complicațiile
2.	Punga cu gheață pe abdomen	Acțiune analgezică, hemostatică, vaso constrictoare
3.	Urgent de chemat ambulanța cu profil chirurgical	
4.	Se calmează și se încurajează	Pentru a reduce frica
5.	Se interzice să mănânce și să se hidrateze	Dacă e perforație se va agrava starea
6.	Se interzice clisma și purgativele	Pot apărea alte complicații
7.	Nu se administrează analgetice puternice	Se vor masca semnele și va fi dificilă diagnosticarea
8.	Se supraveghează R, P, TA.	
9.	Se transportă de urgență la spital pentru intervenție chirurgicală	Tratamentul radical
10.	În caz de hemoragie vizibilă și masivă se instalează de urgență sistema pentru perfuzie i/v cu sol. Natriu Clor 0,9%.	Se va restabili volumul lichidelor.

STANDARD PRIMUL AJUTOR ÎN COLICA BILIARĂ

Scopul: De a reduce intensitatea durerii

Indicații: În caz de durere violentă biliară în criza de colică biliară

MATERIALE NECESARE:

Termofor, punga cu gheață, termometru, ceai, prosop, seringi, ace, vată, alcool

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Repaus la pat	Protecția pacientului
2.	Calmarea și încurajarea pacientului	Pentru a reduce anxietatea
3.	Îngrijirea în caz de vomă	Profilaxia aspirării maselor vomitive
4.	Se aplică termofor pe regiunea hipocandrului drept, dacă nu este febră	Acțiune calmantă, antalgică, spasmolitică
5.	Dacă este febră se aplică punga cu gheață	Pentru calmarea durerilor
6.	Asistenta medicală nu va administra calmant fără indicația medicului	Pentru a nu modifica evoluția acută și semnele bolii
7.	Se supraveghează temperatura corporală, poate fi febră	Confirmă inflamația
8.	Consultația de urgență a medicului	Se va preciza DM
9.	La indicația medicului asistenta medicală va pregăti și va administra spazmolitice, analgezice	Pentru a reduce sau înlătura durerea
10.	Se hidratează per oral cu ceai cald de mentă, mușetel	Cu scop de rehidratare când voma e repetată
11.	Nu se alimentează cu nimic	Ca să nu provoace voma
12.	Spitalizarea la indicația medicului	Cu scop de tratament.

STANDARD PRIMUL AJUTOR ÎN COLICA RENALĂ

Scopul: De a reduce intensitatea durerii

Indicații: În caz de colica renală

MATERIALE NECESARE:

Termofor, prosop, apă, ceai, urinar sau ploscă

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se respectă regim la pat	Protecția pacientului
2.	Poziția antalgică (comodă, la alegere)	Se va reduce durerea
3.	Calmarea și încurajarea pacientului	Se va reduce anxietatea
4.	Se aplică termofor pe regiunea lombară respectivă sau pe hipogastru	Acțiune analgezică, spasmolitică
5.	Supravegherea TA	Poate fi hipertensiune arterială
6.	Se supraveghează culoarea urinei	Poate fi macrohematurie.
7.	Îngrijirea în vomă	Dacă este prezentă
8.	Combaterea greții	Ceai cu mentă, lămâie
9.	Consumarea lichidului în cantități mari	Va fi forțată diureza și se va reduce durerea
10.	Consultația de urgență a medicului	Pentru tratament adecvat
11.	Transportarea în spital	Pentru tratament specializat
12.	La indicația medicului i/m spazmolitice, antalgice	Pentru a reduce intensitatea durerii

STANDARD

ACORDAREA ASISTENȚEI DE URGENȚĂ ÎN CRIZA EPILEPTICĂ

Scopul: De a preveni sufocarea și oprirea respirației
De a evita traumatismul
De a ameliora starea generală și depresia

Indicații: Pentru pacient cu epilepsie în timpul crizei de convulsii

MATERIALE NECESARE:

- anexe de protecție pentru pat;
- spatulă;
- comprese de tifon,
- tăviță renală pentru resturi;
- depărtător de dinți;
- fixator de limbă;
- un obiect moale (de cauciuc sau material textil);

TEHNICA EFECTUĂRII

	Etapele îngrijirii	Argumentarea
1.	Pacientul să cunoască și să anunțe la timp semnele prevestitoare ale crizei epileptice	Se vor preveni traumele
1.1	Tulburări de comportament — depresie sau furie, agresivitate	
1.2	Migrenă, cefalee insistentă	
1.3	Disconfort, stare de rău nedefinită	
1.4	Furnicături sau arsuri	
1.5	Clipitul frecvent al pleoapelor	
1.6	Halucinații vizuale, auditive sau olfactive	
2.	Asistenta medicală să cunoască manifestările debutului brusc al crizei:	Ca să diferențieze de alte crize
2.1	Paliditate bruscă	
2.2	Pierderea conștiinței	
2.3	Căderea, prăbușirea pacientului	
2.4	După pierderea conștiinței urmează convulsii tonice, care durează câteva secunde	
2.5	În convulsii tonice sunt prezente simptomele: — ochii se dau peste cap; — pupilele se dilată și sunt fixate; — picioarele sunt întinse; — brațele flexate (îndoite); — maxilarul încheștat; — contracția bilaterală a tuturor mușchilor; — cianoză; — oprirea respirației pe 15—20 secunde;	
2.6	Apoi apar convulsii clonice cu durată de 1—2 min.: — mișcări violente ale membrelor și a capului; — mușcarea limbii; — spumă abundentă la gură, uneori sanguinolentă; — incontinență de urină și fecale;	
3.	Asistenta medicală să cunoască manifestările după faza clinică: — pacientul este amețit confuz; — are dureri de cap și musculare; — respirația este zgomotoasă; — uneori are un somn profund; — după criză, amnezie totală;	Pentru a acorda îngrijiri corecte
4.	Acordarea îngrijirilor în timpul crizei:	
4.1	Se va supraveghea pacientul la apariția primelor semne (a auri)	
4.2	Se așează pacientul în poziția orizontală	

4.3	Între dinți pe partea laterală se fixează depărtător de dinți	Sau o batistă rulată, sau orice obiect moale de cauciuc, pentru a evita mușcarea limbii
4.4	Nu se forțează maxilarul	Se evită fractura
4.5	Se desfac cravata, se descheie gulerul, se eliberează centura, sutienul	Pentru a nu împiedica respirația
4.6	Se îndepărtează obiectele tari și mobile de lângă pacient	Pentru a se evita lezarea, traumarea
4.7	Se întoarce capul și corpul într-o parte	Pentru a ușura respirația
4.8	În timpul convulsiilor se imobilizează brațele pacientului	Pentru a evita lovirea
4.9	Se curăță cavitatea bucală de spumă prin badijonare cu degetul înfășurat cu tifon	Pentru a evita asfixia
4.10	Se va fixa limba cu mâna prin tifon sau cu fixatorul de limbă	Se evită căderea limbii și asfixia
4.11	Asistenta medicală va monitoriza funcțiile vitale	Pulsul, respirația, T.A., conștiința, temperatura
4.12	În incontinență de urină și fecale se efectuează toaleta intimă și îngrijirile	Vezi Standardul
4.13	În caz dacă pacientul are proteză dentară mobilă, se va extrage	Pentru a evita căderea ei în trahee și asfixia
5.	Intervențiile asistentei medicale după criză:	
5.1	Se aspiră secrețiile din cavitatea bucală	Cu para de cauciuc sau badijonare
5.2	Se verifică temperatura corporală: a) în hipotermie — termofor b) în febră — punga cu gheață	
5.3	Se verifică prezența traumelor	Prin examinare
5.4	Se îngrijește în caz când limba este mușcată	La indicația medicului
5.5	Se comunică cu pacientul și-l ajută să se orienteze în mediul înconjurător	
5.6	Se administrează medicația prescrisă	Se va urmări efectul medicației
5.7	Dacă apare tusea din cauza aspirării salivei, spumei în căile respiratorii: a) se întoarce pacientul în decubit lateral stâng (DLS) b) sau se așează pacientul în poziția de drenaj postural	Dacă nu este posibil se întoarce numai capul la stânga — favorizează respirația Pentru a ușura expectorația și a ameliora tusea
5.8	Se va ajuta pacientul la satisfacerea nevoilor fundamentale	De dorit în pat

STANDARD

ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR ÎN CONVULSII LA COPIL

Scopul: De a reduce durata și intensitatea convulsiilor
De a preveni complicațiile posibile

Manifestările:

- Copilul tresare, are tremor;
- Apare brusc o criză de contracții musculare;
- Crește tonusul muscular a mușchilor extensivi
- Poziția forțată cu capul în hiperextensie;
- Conștiința omnubilată
- E specific la copilul cu febră mai mare de 38,5°.

TACTICA ASISTENȚEI MEDICALE

Acțiunile. Etapele	Argumentarea
1. Urgent este anunțat medicul 2. Se culcă în decubit lateral — DL 3. Se curăță gurița de secreții prin fixarea ei 4. Se aerisește salonul. 5. Se administrează O ₂ prin mască. 6. Se măsoară t° corpului. 7. Dacă este febră se îngrijește copilul cu febră. 8. Asistenta medicală administrează tratamentul prescris de medic și urmărește efectul medicației. 9. Se supraveghează frecvența și intensitatea apariției convulsiilor repetate.	Prin altă persoană Cu scop de a preveni aspirarea secrețiilor, maselor vomitive Pentru a asigura căile respiratorii libere, a preveni asfixia Pentru a ști valorile Vezi Standardul. Se va informa medicul

Scopul: De a reduce temperatura corpului la normal

Indicații: Febră înaltă

Manifestările:

1. În febra caldă (теплая лихорадка) (sau febra albă)
 - crește valoarea t° corpului până la $38,5^{\circ}\text{C}$
 - pielea hiperemiată, fierbinte, umedă, fără erupții;
 - copilul neliniștit, capricios, bea mult
 - tahipnee; tahicardie
 - conștiința păstrată
2. În febra rece (холодная лихорадка) (sau febra albastră)
 - valorile t° -rii corpului cresc mai mult de $38,5^{\circ}\text{C}$
 - pielea palidă
 - cianoza guriței, unghiilor
 - extremitățile reci
 - lipsa efectului, de la îngrijirile acordate în febra caldă.

TEHNICA EFECTUĂRII

Acțiunile. Etapele	Argumentare
1. În febra caldă: 1.1 Regim la pat, repaus total. 1.2 Copilul se dezvelește, se dezbracă 1.3 Se aplică compresa rece sau punga cu gheață la cap și pe vasele sanguine mari. 1.4 Se fac frecții cu alcool diluat sau oțet. 1.5 Se mărește hidratarea, să consume lichide cu vitamine, de t° camerei. 1.6 Se supraveghează t° fiecare 30 min. 1.7 Se administrează medicamentele prescrise de medic. 1.8 Se face evaluarea — dacă t° a scăzut cu $0,5^{\circ}\text{C}$, copilul s-a liniștit, a adormit. 1.9 Dacă evaluarea e negativă, este febra rece.	Efortul agravează funcția cardio-respiratorie Se va reduce supra încălzirea Favorizează pierderile de căldură La indicațiile medicului. Vezi Standardul Se asigură efectul diuretic și hipotermic Pentru a asigura controlul t° și a urmări efectul îngrijirilor acordate Este evaluarea pozitivă Vezi manifestările mai sus
2. În febra rece: 2.1 Se anunță medicul urgent 2.2 Se învelește bine copilul 2.3 Se aplică termoforul 2.4 Se hidratează dozat cu ceai cald 2.5 Urgent O_2 terapie 2.6 Se supraveghează t° fiecare 30 min. 2.7 Administrarea tratamentului prescris.	Pentru a încălzi. Încălzirea asigură restabilirea circulației în capilare și vasele mici periferice. La indicația medicului

STANDARD**ASISTENȚA DE URGENȚĂ ÎN HEMORAGIE NAZALĂ (EPISTAXIS)**

Scopul: De a opri hemoragia nazală în termen cât mai scurt

Indicații: Eliminările de sânge din meatul nazal unilateral sau bilateral

MATERIALE NECESARE:

Pat, tampoane de tifon sau vată, apă rece sau gheață, sol. apă oxigenată 3%, sol. Antipirină 10%, un vas oarecare, o bucată de pânză curată, punga cu gheață, sol. Adrenalină 0,1%

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se redă pacientului poziția în DD sau semișezând cu cutia toracică puțin aplecată în față	Se va evita scurgerea sângelui în căile digestive și respiratorii
2.	Se va calma pacientul	Pentru a reduce anxietatea
3.	Se eliberează de orice constrângere — guler, centură, sutien.	Se evită comprimarea vaselor sanguine
4.	Se servește un vas la nas - tăviță	În care se va scurge sângele dacă hemoragia e mare
5.	Imediat se comprimă cu degetele aripile nasului de septul nazal	Pentru hemostază
6.	Durata comprimării cel puțin 10 min.	Ca să se formeze cheagul
7.	Se introduce tampon de tifon în meatul nazal, îmbibat cu sol. apă oxigenată 3% sau sol. de oțet sau sol. Antipirină 10%, sau sol. Adrenalină	Tamponarea are efect hemostatic. Soluțiile grăbesc formarea cheagului
8.	Se aplică o compresă rece pe regiunea frontală + nazală	
9.	Sau se aplică punga cu gheață pe frunte	Efect vasoconstrictor
10.	Dacă hemoragia nazală nu se oprește peste 10 min. se va adresa urgent la medicul ORL	Pentru tratament specializat
11.	Se supraveghează TA, P	Se vor preciza modificările cauzate de hemoragie
12.	Se sfătuie pacientul să nu înghită sângele dar să-l scuipe	Se va stabili gradul hemoragiei

STANDARD

ASISTENȚA DE URGENȚĂ ÎN LEȘIN (LIPOTIMIE)

Scopul: De a combate insuficiența vasculară acută

Indicații: Starea inconștientă

Manifestările:

- Slăbiciuni, amețeli, negru în fața ochilor
- Brusc pierde conștiința
- Pielea palidă și buzele
- Extremitățile reci
- Respirație frecventă, superficială
- Puls mic, frecvent, ritmic
- TA joasă sau la limitele normei minime, după vârstă

MATERIALE NECESARE:

Pat, sprijin pentru a ridica picioarele, apă rece, vată, amoniac, tensiometru, tinctură de Valeriană

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se va reda poziția orizontală în decubit dorsal (DD) fără pernă, cu picioarele puțin ridicate	Va crește afluxul de sânge spre creier
2.	Se deschid geamurile	Aerisire și oxigenare pentru a combate hipoxia.
3.	Se descheie la guler, sutienul, se scoate cravata, centura	Pentru a înlătura compresiunea vaselor
4.	Se stropește fața cu apă rece	Acțiune reflectoare
5.	Se lovește cu palma pe obraz	Acțiune reflect. mecanică
6.	Dacă este, se dă să miroase amoniac	Acțiune iritantă
7.	După ce se recapătă conștiința:	
7.1	Să rămână în pat, se învelește	Este slăbit, are hipotermie
7.2	Se dă ceai tare de băut, cald și dulce	Are acțiune tonică și hipertermică
7.3	Se măsoară TA, P	Pentru a verifică starea vaselor sangvine
7.4	Se poate administra tinctură de Valeriană	20—30 picături la matur
8.	Consultația medicului	Pentru a preciza cauza și pentru tratament

STANDARD

ASISTENȚĂ DE URGENȚĂ ÎN COLAPS

Scopul: De a combate insuficiența vasculară acută

Indicații: În colapsul hipovolemic, infecțios, neurogen, în colapsul după operație, în intoxicații
În perioada a 3 a febrei.

Manifestările:

Față palidă, cianotică, buzele cianotice, pielea rece, transpirație rece, extremitățile reci, unghiile cianotice, hipotensiunea arterială, tahicardie, oligurie cu anurie.

Conștiința omnubilată, anemie. Venele periferice colabate, imposibile de punctat, t° joasă- hipotermie.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Regim la pat cu repaus total	Se va evita orice efort
2.	Poziția Trandelerburg	Aflux de sânge la encefal; inimă.
3.	Se asigură căile aeriene libere	La nevoie, prin aspirație
4.	O ₂ terapia prin sondă sau mască	Combaterea hipoxiei
5.	Supravegherea P, TA, R, DT	Fiecare oră prin monitorizare
6.	Se încălzește pacientul treptat, dacă nu este hemoragie	Pentru a combate hipotermia
7.	La indicația medicului: — s/c tonicardiac — perfuzii i/v cu diverse soluții	Pentru a mări TA Pentru a îmbunătăți funcția cardio-circulatorie
8.	Se dau băuturi calde să bea	Ceai, bulion
9.	Satisfacerea nevoilor în pat	Ca să evite efortul fizic
10.	Supravegherea permanentă	Se va urmări faciesul

ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR ÎN ȘOCUL HIPOVOLEMIC POSTHEMORAGIC

Scopul: De a salva pacientul
De a restabili volumul de lichide, sânge pierdute

Indicații: Șocul cauzat de hemoragii, traumatisme, arsuri, deshidratare, intervenții chirurgicale, în coma diabetică, ocluzii intestinale.

Manifestări:

- Față palidă, privirea în gol, cearcăne la ochi, ochii adânciți în orbite
- Poziția în DD, nemișcat, inert, somnolent, apatic
- Buzele uscate, cianotice, limba uscată
- Piele rece, palidă, transpirație rece, unghiile cianotice
- Puls mic, filiform, frecvent, peste 100 pe minut
- Hipotensiune arterială
- Tahipnee, oligurie până la anurie

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Poziția Trandelerburg	Pentru a menține circulația cerebrală
2.	Repaus total la pat	
3.	Se va măsura cantitatea sângelui pierdut	Pentru a o restitui
4.	Se supraveghează P și TA fiecare 20—30 minute	Monitorizarea strictă
5.	Se aplică punga cu gheață	Pe locul sângerării, acțiune vasoconstrictoare
6.	La indicația medicului se determină grupa sanguină, transfuzia de sânge, perfuzii i/v, hemostatice	Urgent pentru a restitui volumul de lichid, sânge pierdut
7.	Satisfacerea nevoilor fundamentale	Prin îngrijiri active, deoarece pacientul este pasiv.

STANDARD**ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR ÎN CRIZA HIPERTENSIVĂ**

Scopul: De a reduce valorile TA în termen cât mai scurt

Indicații: În caz de creștere bruscă a TA la cifre foarte mari

MATERIALE NECESARE:

Tensiometru, fonendoscop, medicamente, foițe de muștar, apă, prosop.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se va calma pacientul și se va încuraja	Pentru a reduce anxietatea
2.	Se creează poziția comodă, semișezînd	Se va combate hipoxia și staza
3.	Aerisirea încăperii	Se va măări saturația cu O ₂ și se va reduce dispneea
4.	Se aplică o foiță de muștar pe regiunea occipitală și una pe regiunea inimii	Acțiune vasodilatoare
5.	La cap se aplică punga cu gheață	Combaterea AVC
6.	Se precizează medicamentele care le administrează pacientul	Pentru a constata doza și eficacitatea
7.	Se administrează sublingual 25 mg Captopril	Acțiune hipotensivă urgentă
8.	Se supraveghează TA, P — se măsoară fiecare 15—20 min.	Pentru a urmări efectul medicamentului
9.	Dacă bolnavul a mai folosit se administrează sublingual ½ pastilă Clofelină. Dacă nu a folosit — 1/2 pastilă peroral	Are acțiune vasodilatatoare și hipotensivă rapidă și mai puternică
10.	Se comunică cu pacientul, se supraveghează R, P	Se va calma
11.	Se solicită urgent consultația medicului	Dacă nu este efect de la ajutorul acordat
12.	La indicația medicului se administrează medicamente i/m sau i/v	Cu acțiune hipotensivă, vasodilatatoare
13.	Se notează valorile T/A și P în FR și DÎN	Conform cerințelor
14.	Se vor continua supravegheările și îngrijirile respective.	Conform problemelor de dependență stabilite la pacient

STANDARD

PRIMUL AJUTOR ÎN IMA — INFARCT MIOCARDIC ACUT

Scopul: De a reprimă durerea cardiacă acută
De a preveni complicațiile grave

Indicații: IMA
Durere cardiacă acută de lungă durată

MATERIALE NECESARE:

Tensiometru, seringi, ace, vată, alcool, Nitroglicerină, ECGraf

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se va stabili localizarea, caracterul și durata durerii cardiace	Pentru a preciza DM presupus
2.	Se culcă pacientul în DD	Se asigură comoditate
3.	Se interzice orice mișcare, efort	Se evită riscurile de complicații
4.	Supravegherea P, TA și faciesului	Aprecierea funcției cardiace
5.	Calmarea și încurajarea pacientului	Se va reduce anxietatea
6.	Se va chema ambulanța specializată cardiologică	Pentru examen și asistență urgentă
7.	Se administrează sublingval 1 past. Nitroglicerină	Are acțiune coronarodilatatoare
8.	Se efectuează pe loc ECG	Precizarea IMA
9.	La indicația medicului se administrează antalgice	Pentru sedarea durerii
10.	Transportarea de urgență pe targă la spital de către medic	Cu scop de tratament

STANDARD

ÎNGRIJIREA ÎN ECLAMPSIE

Scopul: De a preveni asfixia și moartea.

Indicații: Gravida cu gestoză;
Eclampsia până și după naștere.

Preeclampsia — manifestările: edeme periferice, cefalee, vertij, apatie sau euforie, vome repetate, insomnie, tulburări de memorie și a vederii, hipertensiune arterială.

Eclampsia — manifestările:

- I. Convulsii, contracții fibrilare la pleoape, mușchii feței, apoi la mâini — durata aproximativ 30 sec.
- II. Convulsii tonice la membrele superioare, fața crispată, palidă, pupila dilată, globul ocular orientat în sus, se vede numai sclera. Capul lăsat pe spate, corpul se întinde, coloana vertebrală în extenție, respirația lipsește, Ps nu se palpează, mușcarea limbii. Poate surveni moartea subită — hemoragie cerebrală. Durata 10—20 sec.
- III. Convulsii clonice — se zbate, mișcă din mâini și picioare parcă sare din pat, ochii fac mișcări tremurătoare, fața cianotică cu multe grimase, venele jugulare bombate, respirația lipsește, Ps nu se palpează, durata 30 secunde — 1,5 minute.
- IV. Perioada de comă dar repede își revine, apare respirația lentă, profundă, treptat dispăre cianoza, pupilele se îngustează apoi crește diureza și pacienta își revine

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. În preeclampsie:	
1.1 Supravegherea Ps și TA	Fiecare 10—20 minute și notarea în fișa de reanimare
1.2 Îngrijirea pentru satisfacerea nevoilor în pat	
1.3 Supraveghem comportamentul	Pentru a evita traumatismul
1.4 În euforie și halucinații se fixează membrele	Cu centuri speciale
1.5 Îngrijirea în vomă	Vezi Standardul
1.6 Stabilim o comunicare adecvată	Pentru a încuraja și calma
1.7 Se respectă regim strict la pat	
1.8 De administrat la timp și corect medicamentele prescrise	La indicația medicului
1.9 Se supraveghează efectul medicamentelor	
1.10 Este de dorit ca pacienta să doarmă	
2. În eclampsie:	
2.1 Fixăm pacienta cu mâinile în timpul convulsiilor	Pentru a evita traumatismul
2.2 Fixarea limbii	Pentru a evita mușcarea limbii
2.3 Urmărim respirația permanent	Pentru a evita asfixia
2.4 Urgent administrăm medicamentele	La indicația medicului
2.5 Sondaj vezical în inconștiența de urină	Pentru a proteja lenjeria
2.6 Îngrijirea cavității bucale	Se înlătură secrețiile
2.7 Supravegherea permanentă a funcțiilor vitale în comă	
2.8 O ₂ terapie	
2.9 Indicațiile medicului să se respecte	Se efectuează urgent
2.10 Perfuzie i/v	

Cauzele metroragiei sunt diverse în I și II jumătate a sarcinii

Manifestările metroragiei:

Se elimină sânge în diverse cantități de culoare roșie viu sau roșie mai închis, uneori cu cheaguri, amețeli, vuiet în urechi, extremitățile reci, față palidă, limba, buzele uscate, sete, TA scăzută, pulsul accelerat (100—120 bătăi pe minut). Respirația superficială, accelerată, astenie, somnolență, apatie, apoi șocul hipovolemic — hemoragic.

MATERIALE NECESARE:

- pat funcțional
- tensiometru
- ceas
- set pentru acordarea I ajutor în hemoragie
- scutece

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Se creează repaus total	Orice efort agravează metroragia
2.	Poziția culcată DD — poziția Trandenburg	Asigură aport de sânge la creier
3.	Sau poziția în DD cu picioarele ridicate la 30°—40° și cu capul plasat sub nivelul corpului	
4.	Monitorizarea funcțiilor vitale	Se supraveghează fiecare 10—20 min.
5.	Se învelește cald	Combaterea suprarăcirii și hipotermiei
6.	La indicația medicului: 6.1 puncția venoasă 6.2 pregătirea pentru examen în valve 6.3 montarea perfuziilor i/v 6.4 transfuzia de sânge	Cu scop de hemostază
7.	Îngrijiri în caz de vomă	Se va evita aspirația maselor vomitive
8.	Pregătirea instrumentelor pentru sutura rupturilor după naștere	Depinde de cauza hemoragiei

STANDARD**ASISTENȚA DE URGENȚĂ ÎN BRONHOSPASM — ÎN CRIZA DE ASTM BRONȘIC (DE SUFOCARE).**

Scopul: Ca pacientul să respire fără dificultăți în termen cât mai scurt

Manifestările:

- Criza începe brusc cu dispnee expiratorie, bradipnee cu expirație forțată, zgomotoasă, șuierătoare.
- Tuse uscată la început, apoi cu expectorație vâscoasă, greu expectorabilă.
- Poziția forțată, șezândă, sprijinit în mâni, respiră cu gura.
- Pielea palidă, cenușie, transpirație rece. Bradicardie, tirajul supraclavicular. Cutia toracică bombată parcă e mereu în inspirație

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se menține poziția șezând	Va ușura respirația
2.	Se va șterge pacientul de transpirație	Se evită suprarăcirea
3.	Se deschide geamul. Aflux de aer curat	Se combate hipoxia
4.	Se descheie la gât, se scoate cravată, centura, sutienul	Orice constrângere face respirația dificilă
5.	Se va calma și încuraja	Se va reduce frica, anxietatea
6.	Se dă să facă 1—2 inspirații din inhalatorul individual	Acțiune bronho-dilatatoare
7.	Se dă mult lichid de băut cald, alcalin	Se va ușura expectorația, se lichifiază sputa.
8.	Se servește scuipătorul individual	Combaterea infecției
9.	Băi fierbinți la mâni și picioare	Reduce bronhospasmul
10.	La indicația medicului: 10.1 bronhospasmodice i/v 10.2 preparate hormonale i/v 10.3 antispastice 10.4 simpaticomimetice	Doza indicată de medic
11.	Se ajută la satisfacerea nevoilor fiziologice	Deoarece este slăbit
12.	Se crează condiții necesare în salon	Pentru a favoriza respirația
13.	Se urmărește R, P, TA, expectorația	Se vor evita complicațiile
14.	Se continuă O ₂ terapia	Combaterea hipoxiei

Scopul: De a restabili respirația liberă

Manifestările:

Tahipnee, tahicardie, respirație nazală forțată, cu aripile nasului. Tirajul intercostal, postura forțată șezând, cianoza buzelor, agitație, anxietate

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se așează comod	Poziția semișezând
2.	Se va calma și încuraja	De a reduce emoțiile
3.	Aflux de aer curat	Se va combate hipoxia
4.	O ₂ terapia prin umidificator	
5.	Băi fierbinți la mâni și picioare	Se va reduce edemul laringelui
6.	Compresă caldă la gât	-//-
7.	Se servesc băuturi calde frecvent	Se asigură eliminarea sputei
8.	În nas se picură Naftizină	Se reduce edemul mucoasei nazale, a laringelui și spasmul
9.	La indicația medicului se administrează Sol. medicamentoase i/m, i/v	
10.	Pregătirea pentru intubație sau traheostomie	La indicații
11.	Supravegherea funcțiilor vitale	

STANDARD**PRIMUL AJUTOR ÎN CAZ DE CORPI STRĂINI OCULARI**

Scopul: De a extrage corpuri străine din conjunctivă și corneea pentru a evita complicațiile

Indicații: Pătrunderea corpurilor străine pe conjunctiva și corneea ochiului

MATERIALE NECESARE:

Vată, pipetă, cuvă, apă fiartă

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se precizează corpul străin prin anamneză și examinare vizuală. Pot fi:	Pentru a ști precis originea corpului străin, durata pătrunderii în ochi
1.1	Insecte	
1.2	Fragmente de lemn	
1.3	Cotor de plante	
1.4	Ace	
1.5	Sticlă	
1.6	Bucăți de piatră, var, metal	
1.7	Bucăți de cărbune, zgură	
1.8	Spini vegetali	
1.9	Picături de acid, baze	
2.	Se constată localizarea și manifestările:	Se va preciza locul pentru a-l putea extrage
2.1	Corpul străin se află sub pleoapa superioară:	
2.1.1	Se manifestă prin senzație de zgârieturi	
2.1.2	Lacrimație	
2.1.3	Durere	
2.1.4	Fotofobie — imposibilitatea de a se uita la lumină	
2.2	Corpul străin este implantat în corneea:	
2.2.1	Ochiul este iritat	
2.2.2	Hiperemia	
2.2.3	Durere	
2.2.4	Lăcrimează abundent	
2.2.5	Apare fotofobia	
2.2.6	Poate scădea AV — acuitatea vizuală	
3.	Se face spălarea abundentă a sacului conjunctival cu apă fiartă din pipetă	Pentru a înlătura corpul străin. Vezi standardul
4.	Dacă corpul străin nu se elimină după spăltură oculară se va extrage cu un tampon de vată curată, înmuiat în apă	Înlăturarea corpului străin
5.	Pentru aceasta în prealabil cu mâna stângă se întoarce pleoapa respectivă, superioară	Ca să fie accesibilă înlăturarea corpului străin
6.	Dacă corpul străin nu poate fi înlăturat bolnavul este urgent transportat la spital	Pentru a acorda ajutorul specializat

STANDARD**ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR ȘI ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU EDEM PULMONAR ACUT**

Scopul: De a acorda asistență de urgență și a favoriza respirația

Indicații: Pacient în stare gravă de sufocare.

MATERIALE NECESARE:

perna cu O₂; para de cauciuc; inhalator cu bronhodilatatoare; aerosol cu alcool etilic; garouri; ace; seringi; medicamente; vată; alcool; mănuși.

TEHNICA ÎNGRIJIRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se calmează și se încurajează pacientul și familia	Se va reduce anxietatea
2.	Urgent se cheamă ambulanța specializată	Pentru asistența de urgență
3.	Se deschid geamurile	Oxygenoterapie
4.	Poziția se menține semișezândă sau șezândă	Favorizează ventilația pulmonară
5.	Picioarele să fie atârinate în jos	Se reduce staza venoasă în plămâni
6.	Se curăță gura pacientului cu tampoane prin badijonare	Se îndalătură secrețiile
7.	Cu o pară de cauciuc se aspiră secrețiile abundente bucale și nazale	Se elimină multă spută spumoasă, roză
8.	Se aplică garouri la membrele inferioare apoi la cele superioare	Se comprimă numai venele. Pentru staza venoasă în ele.
9.	Fiecare garou se aplică pe 10 min. cu pauză 10—20 min.	
10.	La sosirea ambulanței specializate se administrează O ₂ umidificat prin alcool etilic	Vaporii de alcool sedimentează spuma din spută și ușurează respirația
11.	Urgent se administrează i/v bronhodilatatoare, diuretice	La indicația medicului
12.	Transportarea de urgență la spital	Pentru tratament
13.	Aspirarea secrețiilor prin aspirator electric	Se va ameliora respirația
14.	Tratament specific, specializat	La indicația medicului

STANDARD

TEHNICA RESPIRAȚIEI ARTIFICIALE

Scopul: În cadrul resuscitării cardiorespiratorii pentru a restabili respirația

Indicații: Stop respirator și cardiac.

MATERIALE NECESARE:

- Masa de reanimare
- Tăviță renală
- Sol. Natriu Chlor 0,9%
- Aspirator electric
- Tub steril pentru aspirator electric
- Compresă de tifon steril
- Clema pentru nas sau pensa specială
- Mănuși sterile
- Unguent pentru lubrifiere.
- un sul sub regiunea cefei
- Scutec sau prosop

În cadrul respirației artificiale gură la gură, pentru a respecta etapele resuscitării se folosește formula HELP-ME, ceea ce înseamnă din limba engleză = „Ajută-mă“

H — hiperestensia capului

P — pensarea nasului

E — eliberarea căilor respiratorii

ME — masajul extern a inimii

L — luxarea (proiectarea mandibulei înainte)

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele efectuării	Argumentarea
1. Poziția bolnavului în decubit dorsal DD. 2. Asistenta medicală se află – care face RA - în stânga pacientului 3. Cea care face ME în dreapta pacientului 4. Sub gât și ceafă se aplică un sul. 5. Se eliberează căile respiratorii de secreții prin aspirare cu aspirator electric. 6. Se aspiră secrețiile din cavitatea bucală apoi din nas. 7. Medicul efectuează aspirarea secrețiilor din trahee și bronhii. 8. Se îmbracă mănușile sterile 9. Se efectuează luxarea sau proiectarea mandibulei înainte: 9.1 Se aplică ultimele 4 degete de la ambele mâini pe unghiul mandibulei, iar degetul mare pe bărbie și mandibula se trage înainte. 9.2 Mandibula se luxează trăgând-o înainte cu degetul mare de la mâna stângă făcut cârlig introdus în gură și se fixează în această poziție cu mâna dreaptă menținând gura semi deschisă. 10. Se efectuează pensarea nasului, se aplică pense speciale pe ambele nări pentru a exclude ieșirea aerului prin nas. 11. Pensarea se mai poate face cu degetele mâinii stângi prin comprimarea nărilor de septul nazal. 12. Tehnica efectuării respirației artificiale; gura la gură- 12.1 Salvatorul trage aer în piept. 12.2 Își reține respirația 12.3 Aplică repede gura larg deschisă, buzele sale peste gură întredeschisă a bolnavului. 12.4 Se insuflă cu putere aerul în căile respiratorii a bolnavului. 12.5 Circumferința buzelor trebuie să acopere buzele bolnavului 12.6 Se lasă liber nasul și gura, se face din nou o inspirație profundă. 12.7 Se insuflă din nou aer în gura bolnavului. 12.8 Se repetă această procedură de 18-20 ori pe minut. 13. În timpul insuflării aerului în gură se va ține cont de vârsta bolnavului. 13.1 La copii mici se insuflă mai ușor, atent. 13.2 La sugari foarte ușor, cu o grijă deosebită. 14. În timpul respirației artificiale se supraveghează cutia toracică a bolnavului. 15. Durata respirației gură la gură, poate fi 3—10—20 min. 16. Se recomandă ca respirația gură la gură să continue până la apariția mișcărilor respiratorii sau până la unirea la aparatul de respirație — ventilație artificială. 17. Se reorganizează apoi locul de lucru	Se asigură comoditatea - //- Pentru hiperestensia capului Vezi Standardul Vezi Standardul. Pentru a elibera căile respiratorii Pentru a deschide gura, a fixa mandibula ca aerul să pătrundă în bronhii. La fel luxarea se realizează pentru intubația traheei. Gura să fie deschisă. Altă metodă Pentru ca aerul inspirat în gură să pătrundă în căile respiratorii și să nu iasă pe nas. O inspirație profundă Gura bolnavului este acoperită cu o compresă sterilă Pentru a împiedica pierderile de aer Fără forța Pentru a evita ruperea alveolelor Pentru a aprecia apariția mișcărilor cutiei toracice Și prezența pulsului la artera corotidă

Scopul: În cadrul resuscitării cardio- respiratorii pentru a restabili funcția cardiacă.

Indicații: Ca măsură de reanimare în stopul cardio- respirator
Este obligatoriu și se face paralel cu respirația artificială.

MATERIALE NECESARE:

- totul necesar pentru RA (gură la gură)
- ceasul

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele efectuării	Argumentarea
1. Se efectuează paralel cu RA.	
2. Poziția bolnavului aceeași.	Vezi Standardul precedent
3. Poziția salvatorului în dreapta.	
4. Se aplică degetul mijlociu sau arătător a mâinii drepte pe 1/3 inferioară a sternului.	La noi născuți și sugari
5. Se fac presiuni ritmice asupra sternului.	
6. Fiecare compresiune va fi bruscă și ușoară.	În așa mod ca sternul să fie apăsător, comprimat spre inimă aproximativ 2—3 cm.
7. După fiecare compresiune sternul se lasă să revină în poziția inițială.	Fără a lua degetele de pe stern. Nu se comprimă cu degetele
8. Se efectuează 5 compresiuni sternale la o RA. „gură în gură“.	
9. La copii mai mari compresiunea sternului se execută cu o mână fixată cu podul palmei pe jumătatea sternului.	La fel și la maturi.
10. O altă metodă a masajului cardiac la sugari este comprimarea mijlocului sternului cu degetul mare a ambelor mâini.	Celelalte 4 degete cuprind cutia toracică.
11. Frecvența compresiunilor cardiace în ritm 80—100 compresiuni pe minut.	
12. Periodic se palpează pulsul la artera carotidă.	Se va supraveghea efectul resuscitării prin apariția P.
13. Eficiența masajului cardiac și a respirației artificiale se apreciază prin:	
13.1 Apare pulsul la artera carotida (femurală).	
13.2 Reapare reflexul pupilei la lumină.	
13.3 Se modifică culoarea pielii, dispăre paliditatea și cianoza.	
14. După resuscitare se reorganizează locul de lucru.	
15. Bolnavul să respecte regim strict la pat.	Se interzice ridicarea lui din pat
16. Se supraveghează funcțiile vitale.	

STANDARD

ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR ÎN HEMORAGIE RENALĂ

Scopul: Ca să se observe la timp manifestările și să se acorde ajutorul urgent până la sosirea mediului

Indicații: În cancer renal și a căilor urinare
În TBC renal
În calculi, litiază renală
În perioada postoperatorie din plagă

Manifestările:

- microhematuria
- macrohematuria,
- slăbiciuni și vertije
- pot fi dureri în regiunea lombară sau de-a lungul ureterelor în partea inferioară a abdomenului sau în uretră
- micțiuni frecvente și dureroase
- scăderea TA
- puls mic, slab, frecvent.

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele efectuării	Argumentarea
1.	Se acordă repaus fizic și psihic	Pentru a reduce presiunea intra abdominală, frica, anxietatea
2.	Se culcă în poziția comodă	
3.	Se va calma pacientul	
4.	Se aplică punga cu gheață pe regiunea lombară sau de asupra pubisului	Acțiune vasoconstrictivă și hemostatică
5.	Dacă starea este gravă se anunță pacientul	Pentru a acorda primul ajutor urgent
6.	Asistenta medicală supraveghează culoarea și cantitatea urinei sau a sângelui	Se va stabili gradul hemoragiei, din oră în oră, apoi din 2 ore
7.	Se supraveghează pulsul și TA	
8.	Se va hidrata mai mult	La indicația medicului
9.	Se va instala perfuzia i/v.	Când se elimină sînge curat. La indicația medicului

Scopul: De a reduce și a opri hemoragia

Manifestările:

- Vomă cu sânge roșu întunecat, cu gheaguri ori culoare brună închisă, se aseamănă cu zațul de cafea, amestecat cu resturi alimentare și suc gastric- hematemeza.
- Greață, slăbiciuni crescânde, transpirații reci, amețeli, paliditate, extremitățile reci.
- Hipotensiune arterială, tahicardie, tahipnee
- Poate fi lipotimia, colapsul și șocul hipovolemic

TEHNICA EFECTUĂRII

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Regim strict la pat	Repaus total
2.	Poziția DD fără pernă	
3.	În hemoragii mari — poziția Trandelerburg	Asigură aflux de sânge la encefal
4.	Se evită orice efort	Poate accentua hemoragia
5.	Se interzice să vorbească	-//-
6.	Se va calma pacientul și aparținătorii	Pentru a reduce anxietatea
7.	Se servește cuva pentru a îngriji în vomă	Se colectează pentru a preciza cantitatea sângelui
8.	Se va îngriji cavitatea bucală	Vezi Standardul
9.	Se aplică punga cu gheață pe epigastru	Vezi Standardul. Acțiune hemostatică
10.	Se interzice să se hidrateze	Să nu agraveze voma
11.	Se supraveghează P, TA, R, t° se notează în fișă, în DÎN	Monitorizarea funcțiilor vitale
12.	Se va urmări cantitatea de sânge eliminat cu fiecare vărsătură	Pentru a stabili gravitatea și evoluția hemoragiei
	HDS mică — dacă se pierde până la 250 ml sânge și nu sînt efecte secundare HDS moderată — cantitatea de sânge pierdut e între 250 ml și 1000 ml, iar TA scade semnificativ, Hb rămâne în jur de 10g% HDS mare sau gravă — dacă pierderea depășește 1000 ml Hb e sub 8g%. Apare colapsul și șocul	
13.	Se supraveghează culoarea materiilor fecale	Melena indică hemoragia intestinală
14.	Se ajută la satisfacerea nevoilor fiziologice	În pat
15.	La indicația medicului se administrează în perfuzia i/v — hemostatice, hemotransfuzia, vaso-constrictoare, etc.	Pentru a spori hemostaza

Indicații: Apariția manifestărilor specifice:

- în urma administrării parenterale a antibioticelor, serurilor, vaccinurilor;
- cauza poate fi probele alergice;
- apare dispneea, sufocare, este stenoza laringelui și bronhospazmul, urticăria,
- cefalee, vertijă, senzație de căldură, vomă;
- paliditate, cianoză, transpirație rece;
- TA joasă, puls mic, slab, filiform;
- apoi coma

TEHNICA EFECTUĂRII

Etapele	Argumentarea
1. Se întrerupe administrarea medicamentului	Dacă el a cauzat șocul
2. Se anunță urgent medicul	Pentru ajutor urgent
3. Se culcă în DD cu capul pe o parte	Se evită pericolul asfixiei și a înghițirii limbii
4. Se ridică puțin picioarele, sau poziția Trendelenburg	Aflux de sânge spre inimă și cap
5. Se măsoară TA	Se vor supraveghea valorile
6. Pe locul injecției se aplică compresă rece	Se asigură încetinirea absorbției substanței alergice
7. Mai sus de locul injecției se aplică garoul pentru staza venoasă, ca mai lent să pătrundă medicamentul	Dacă medicamentul a fost administrat i/v sau s/c. Garoul se aplică pe 10—15 min., apoi se desface pe 2—3 min.
8. Aflux de aer curat, apoi O ₂ prin sonda nazală sau mască	Profilaxia hipoxiei 9—8 litri pe minut
9. Se repetă măsurarea TA, P, R.	Supravegherea funcțiilor vitale
10. Se învește	Pentru a-l încălzi
11. Pregătim urgent ace, seringi, medicamentele indicate de medic, sistemul de perfuzie	Din setul antișoc
12. La indicația medicului în jurul locului injectării sol. medicamentoase se administrează sol. Adrenalină de 0,01% — 1ml în ser fiziologic — 10ml	Este efect antihistaminic local
13. Preparate hormonale în perfuzia i/v	La indicația medicului
14. Sol. Adrenalină s/c sau i/m	La indicația medicului
15. Îngrijirea și tratamentul necesar	Durata depinde de starea pacientului
16. Dacă pacientul e în stare de comă se îngrijește respectiv	Vezi Standardul