

PATVIRTINTA:
VŠĮ Palangos reabilitacijos
ligoninės direktoriaus 2022-05-03
įsakymu Nr. V- 45

INJEKCIJA Į POODĮ PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užkrinti savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtų vaistų įvedimą.
Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui, saugiai ir tinkamai atlikti injekciją į poodį.

Atsakomybė:

Už tinkamą injekcijos į poodį atlikimą pacientui atsako bendrosios praktikos slaugytojas.
Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VŠĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123. „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“;
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“;
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“;
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Sterilūs vienkartiniai švirkštai su adatomis. Švirkštų talpos pagal poreikį.
2. Sterilios vienkartinės dezinfekavimo servetėlės arba sterilūs vatos tamponai ir odos antiseptikas (jie naudojami injekcijos vietai, ampulei dezinfekuoti). Rankų dezinfekantas.
3. Medikamentų ampulės, flakonėliai.
4. Vienkartinės pirštinės.
5. Žirklys (metaliniam dangteliui nuo flakono nuimti, jei reikia).
6. Lipnus sterilus tvarstis.
7. Padėklas priemonėms susidėti.
8. Konteineris panaudotoms medicininėms atliekoms ir aštrioms atliekoms išmesti.

Paciento paruošimas:

1. Prisistatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą.

3. Paaiškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą, veiksnių atlikimo seką, bei vaistinių preparatų sukliamą šalutinį poveikį. Suteikite pacientui patogią kūno padėtį, paguldykite arba pasodinkite.

4. Prieš injekciją apžiūrėkite paciento odą: ar nėra įbrėžimų, vietinio uždegimo, paraudimo, skausmingumo, sukietėjimų, patinimų, randų, išbėrimų, nudegimo ir kt. Jei oda nesveika, slaugytojas injekcijos neatlieka ir praneša gydytojui.

5. Pacientas įspėjamas, kad atliekant injekciją, ir po injekcijos nedarytų staigių judesių.


Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite, dezinfekuokite rankas.
2. Pasiruoškite darbo vietą.
3. Patikrinkite vienkartinio švirkšto, adatos, spiritinių servetėlių pakuotės galiojimo laikus, pakuotės sandarumą.
4. Patikslinkite gydytojo paskirto vaistinio preparato pavadinimą, medikamento dozę, galiojimo laiką, įvertinkite vaistinio preparato spalvą, skaidrumą.
5. Tris kartus perskaitykite vaistinio preparato pavadinimą, dozę, galiojimo laiką - prieš imdami iš vaistų spintos, prieš sutraukdami į švirkštą ir prieš padėdami į vaistų spintą.
6. Užsimaukite vienkartinę pirštines.
7. Pasirinkite injekcijos vietą: išorinis žasto paviršius, priekinis šlaunų paviršius, pilvo sritis.
8. Dezinfekuokite odos paviršių su tam skirtu odos dezinfekantu.
9. Kaire ranka suimkite raukšlę (kairiarankiai priešingai).
10. Leidimo būdai:
 - pacientams neturintiems daug poodinio riebalinio audinio leiskite 45° kampu.
 - pacientams turintiems daug poodinio riebalinio audinio 90° kampu.
11. Atlikus injekciją adatą ištraukite staigiai, nekeičiant jos krypties.
12. Spauskite injekcijos vietą sterilia dezinfekavimo servetėle, arba tamponu suvilgytu antiseptiku.
13. Jei ištraukus adatą, injekcijos vietoje pasirodo kraujas, sterilia servetėle palaikykite kelias minutes, tada injekcijos vietą užklijuokite lipniu steriliu tvarsčiu.

Procedūros užbaigimas

1. Panaudotus švirkštus, vienkartinės priemonės sudėti į infekuotą atliekų konteinerį, o panaudotas adatas ir ampules į konteinerį skirtą aštrioms infekuotoms atliekoms.
2. Dezinfekuokite darbo vietą po paciento priėmimo.
3. Nusimaukite pirštines.
4. Atlikite rankų higieną.
5. Apie atliktą injekciją atžymėkite elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratore
Laima Sriebalienė 

PATVIRTINTA:
VŠĮ Palangos reabilitacijos
ligoninės direktoriaus 2022-05-03
įsakymu Nr. V- 45

INJEKCIJA Į RAUMENIS PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinti savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtų vaistų įvedimą.
Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui, saugiai ir tinkamai atlikti injekciją į raumenis.

Atsakomybė:

Už tinkamą injekcijos į raumenis atlikimą pacientui atsako bendrosios praktikos slaugytojas.
Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VŠĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Vienkartinės pirštinės.
2. Sterilus vienkartinis švirkštas ir adatos.
3. Pakirti medikamentai.
4. Servetėlės odos dezinfekavimui ar kitas odos antiseptikas, rankų dezinfekantas.
5. Pleistras.
6. Padėklas priemonėms sudėti.
7. Indas infekuotiems atliekoms, aštriems daiktams (konteineris).

Paciento paruošimas procedūrai:

1. Patikrinkite paciento vardą, pavardę.
2. Paaiškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą, jos reikalingumą, veiksmų atlikimo seką, bei vaistinių preparatų sukeltą šalutinį poveikį ir kt.
3. Suteikite pacientui patogią padėtį, paguldykite arba pasodinkite.

4. Prieš injekciją apžiūrėkite paciento odą: ar nėra įbrėžimų, vietinio uždegimo, paraudimo, skausmingumo, sukietėjimų, patinimų, randų, išbėrimų, nudegimo ir kt. Jei oda nesveika, slaugytojas injekcijos neatlieka, praneša gydančiam gydytojui.

5. Pacientas įspėjamas, kad atsipalaiduotų, atliekant injekciją ir po jos nedarytų staigių judesių.

Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite, dezinfekuokite rankas.
2. Pasiruoškite darbo vietą.
3. Patikrinkite vienkartinio švirkšto, adatos, galiojimo datą, pakuotės sandarumą.
4. Patikslinkite gydytojo paskirto vaistinio preparato pavadinimą, skiediklių pavadinimą, medikamento dozę, skaidrumą, galiojimo laiką.
5. Tris kartus perskaitykite vaistinio preparato pavadinimą, dozę, galiojimo laiką - prieš imdami iš vaistų spintos, prieš sutraukdami į švirkštą ir prieš padedant vaistus į vaistų spintą.
6. Atlikite rankų higieninę dezinfekciją.
7. Nuėmus flakonėlio kamščio metalinį ar guminį dangtelį, vietą adatai durti arba ampulės kakliukas nuvalomas spiritine servetėle.
8. Ampulės kakliuką, laikant spiritine servetėle, nulaužkite ties pažymėta vieta ant ampulės kakliuko.
9. Draudžiama iš anksto paruošti tamponus, sumirkyti juos antiseptiku ir laikyti daugkartinio naudojimo inde.
10. Steriliai uždėkite adatą ant švirkšto.
11. Paimkite švirkštą į dešinę ranką (kairiarankiai į kairę).
12. Švirkšto cilindrą laikykite nykščiu, didžiuoju ir bevardžiu pirštais, smilių dėkite ant adatos kaniulės, mažąjį ant stūmoklio pagrindo.
13. Kita ranka nuimkite adatos gaubtą ir jį padėkite į paruoštą padėklą.
14. Paimkite ampulę kaire ranka (kairiarankiai dešine).
15. Ampulę laikykite tarp smiliaus ir didžiojo piršto 45° kampu, dugnu žemyn.
16. Adata įkišama į ampulės vidų, stengiantis adata neliesti ampulės sienelių.
17. Prilaikykite kairės rankos nykščiu, bevardžiu ir mažuoju pirštais cilindrą, o dešine ranka traukite vaistus. Traukdami stūmoklį, dėkite dešinės rankos nykštį, smilių ir didįjį pirštus ant stūmoklio.
18. Traukdami vaistus, ampulę iš horizontalios padėties keiskite į vertikalią. Jei ampulės kaklelis platesnis, laikykite ampulę šiek tiek pasvirusią šonu (kad neištekėtų vaistai).
19. Pritraukę vaistų, išstumkite orą iš švirkšto.
20. Įtraukus į švirkštą vaistus, prieš atliekant injekciją, švirkštas ir adata nekeičiami.
21. Adata keičiama, jei naudojama vaistams skiesti iš flakonėlio, arba jei adata atsitiktinai lietsi su nesteriliu paviršiumi ar rankomis, aplinkos paviršiumi, o vaistai suleidžiami uždėjus kitą sterilią adatą.
22. Užsimaukite vienkartinę pirštines.
23. Pasirinkite tinkamą injekcijos dūrio vietą (viršutinis išorinis sėdmens kvadratas).
24. Dezinfekuokite odą injekcijos vietą. Procedūra atliekama, praėjus gamintojo nustatytam antiseptiko poveikio laikui (ekspozicijai) ir odai išdžiūvus.
25. Patikrinkite ar švirkšte nėra oro.

26. Ištempkite odą injekcijos vietoje kaire ranka (arba dešine- kairiarankiai), o dešine ranka laikykite švirkštą taip, kad adatos nuopjova būtų į viršų, durkite 90° kampu, per epidermį į dermą. Kol nesimatys adatos nuopjova.

27. Stumkite stūmoklį iš lėto nykščiu, apglėbę cilindro galą smiliumi ir didžiuoju pirštais.

28. Vaistus švirkškite lėtai.

29. Atlikus injekciją, adatą ištraukite staigiai, nekeičiant jos krypties, spaudžiant dūrio vietoje dezinfekuojančia servetėle.

Procedūros užbaigimas:

1. Draudžiama adatas nuo švirkštų nuiminėti rankomis, ant adatų dėti gaubtukus. Panaudoti švirkštai su adatomis metami į aštrių atliekų indą (konteinerį) arba į specialius konteinerius su adatų nuėmėjais.

2. Sutvarkykite darbo vietą pagal infekcijos kontrolės vadovą.

3. Atlikite rankų higieną.

4. Apie atliktą injekciją atžymėkite elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:

vyriausioji slaugos administratorė
Laima Sriebalienė



PATVIRTINTA:
VšĮ Palangos reabilitacijos
ligoninės direktoriaus 2022-05-03
įsakymu Nr. V-45

INJEKCIJA Į VENĄ PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinantį savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtų vaistų įvedimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui, saugiai ir tinkamai atlikti injekciją į veną.

Atsakomybė:

Už tinkamą injekcijos į veną atlikimą pacientui atsako bendrosios praktikos slaugytojas.

Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininų pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininų atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Sterilūs vienkartiniai švirkštai su adata pagal reikiamą talpą.
2. Sterilios vienkartinės dezinfekavimo servetėlės arba odos antiseptikas (odos dezinfekcijai).
3. Rankų dezinfekantas.
4. Vienkartinės pirštinės.
5. Padėklas priemonėms sudėti.
6. Paskirti gydytojo leidžiami medikamentai.
7. Timpa, pagalvėlė.
8. Konteineris panaudotoms medicininėms ir aštrios atliekoms išmesti.

Paciento paruošimas:

1. Prisisistatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą.
3. Paaiškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą, jos reikalingumą, veikslių atlikimo seką, galimus šalutinius poveikius.

4. Suteikite pacientui patogią kūno padėtį, paguldykite arba pasodinkite, padėkite po ranka pagalvėlę.

5. Prieš injekciją apžiūrėkite paciento odą: ar nėra įbrėžimų, vietinio uždegimo, paraudimo, skausmingumo, sukietėjimų, patinimų, randų, išbėrimų, nudegimo ir kt. Jei oda nesveika, slaugytojas injekcijos neatlieka ir praneša gydytojui.

6. Pacientas įspėjamas, kad nedarytų staigių judesių, atliekant injekciją į veną.

Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite, dezinfekuokite rankas.
2. Pasiruoškite darbo vietą.
3. Patikrinkite vienkartinio švirkšto, adatų, lašinės sistemos, skiriamų vaistų ir kitų vienkartinių priemonių galiojimo laikus, pakuotės sandarumą.
4. Patikslinkite gydytojo paskirto vaistinio preparato pavadinimą, skiediklių pavadinimą, skiriamo medikamento dozę.
5. Įvertinkite vaistinio preparato spalvą, skaidrumą (vaistai gali būti ampulėse, flakonėliuose).
6. Nuėmus flakonėlio kamščio metalinį ar guminį dangtelį, vieta adatai durti arba ampulės kakliukas nuvalomas spiritine dezinfekavimo servetėle ar kitu odos antiseptiku.
7. Ampulės kakliuką, laikant spiritine servetėle, nulaužkite ties pažymėta vieta ant ampulės kakliuko.
8. Steriliai uždėkite adatą ant švirkšto.
9. Paimkite švirkštą į dešinę ranką (kairiarankiai į kairę).
10. Švirkšto cilindrą laikykite nykščiu, didžiuoju ir bevardžiu pirštais, smilių dėkite ant adatos kaniulės, mažąjį ant stūmoklio pagrindo.
11. Paimkite ampulę kaire ranka (kairiarankiai dešine).
12. Ampulę laikykite tarp smiliaus ir didžiojo piršto 45° kampu, dugnu žemyn.
13. Adata įkišama į ampulės vidų, stengiantis adata neliesti ampulės sienelių ir sutraukite vaistus.
14. Pritraukę vaistų, išstumkite orą iš švirkšto. Švirkštą laikykite adata į viršų, nenuimdami nuo adatos ampulės (kad į aplinką nepatektų vaistų).
15. Įtraukus į švirkštą vaistus, prieš atliekant injekciją, adata nekeičiama.
16. Adatos keitimas atliekamas, jei adata atsitiktinai lietsi su nesteriliu paviršiumi ar rankomis, aplinkos paviršiumi, vaistai suleidžiami uždėjus kitą sterilią adatą.
17. Užsimaukite vienkartinės pirštines.
18. Užveržkite timpą 15-20 cm virš injekcijos vietos.
19. Paprašykite paciento kelis kartus pakumščiuoti kumštį ir dezinfekuokite odos paviršių.
20. Dešine ranka paimkite vienkartinį švirkštą su vaistais ir kaire ranka nuimkite apsauginį gaubtą nuo adatos.
21. Švirkštą su adata (paskirtais vaistais) laikykite taip, kad adatos nuopjova būtų į viršų.

Dūrimo būdai:

- laikyti švirkštą 30° kampu, adatos nuopjova į viršų, pradurti odą ir tik tada durti į veną;
 - pradurti odą ir venos sienelę iš karto.
22. Pasiėkus veną, šiek tiek atitraukite švirkšto stūmoklį, švirkšte pasirodys kraujas.
 23. Įsitikinkite, kad adata yra tikrai venoje, tada kaire ranka atleiskite timpą.
 24. Ta pačia kaire ranka pirštu prispaudę adatą, švirkštu suleiskime lėtai vaistus į veną. Leidžiant vaistus stebėti paciento būklę ir injekcijos vietą.

25. Ištraukite adatą staigiai, nekeičiant dūrio kampo.

26. Spauskite injekcijos vietą sterilia dezinfekavimo servetėle, arba tamponu suvilgytu antiseptiku.

27. Jei ištraukus adatą, injekcijos vietoje pasirodo kraujo, sterilia servetėle palaikykite kelias minutes, tada injekcijos vietą užklijuokite lipniu steriliu tvarsčiu.

Procedūros užbaigimas:

1. Draudžiama adatas nuo švirkštų nuiminėti rankomis, ant adatų dėti gaubtukus. Panaudoti švirkštai su adatomis metami į aštrių atliekų indą (konteinerį) arba į specialius konteinerius su adatų nuėmėjais.

2. Sutvarkykite darbo vietą pagal infekcijos kontrolės vadovą.

3. Atlikite rankų higieną.

4. Apie atliktą injekciją atžymėkite elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:

vyriausioji slaugos administratorė

Laima Sriebalienė



PERIFERINIO KATETERIO ĮVEDIMO IR PRIEŽIŪROS PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užkrinti savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtų vaistų įvedimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui, saugiai ir tinkamai atlikti procedūrą.

Atsakomybė:

Už tinkamą kateterio įvedimo atlikimą pacientui atsako bendrosios praktikos slaugytojas. Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. Paciento slaugos istorija.
3. VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninės 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123. „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Sterilus 5 ml vienkartinis švirkštas arba infuzinė sistema.
2. Sterilios vienkartinės dezinfekavimo servetėlės arba sterilūs vatos tamponai ir odos antiseptikas (jie naudojami injekcijos vietai dezinfekuoti).
3. Rankų dezinfekantas.
4. Vienkartinės pirštinės.
5. Sterilūs vienkartiniai intraveniniai kateteriai (įvairių dydžių).
6. Lipnus sterilus tvarstis, skirtas PVK fiksuoti.
7. Padėklas.
8. NaCl 0,9% fiziologinis tirpalas.
9. Timpa, pagalvėlė.
10. Žirklys.
11. Konteineris panaudotoms medicininėms ir aštrioms atliekoms išmesti.

Paciento paruošimas:

1. Prisistatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą.
3. Paaiškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą, jos reikalingumą, veiksmų atlikimo seką, galimus šalutinius poveikius.
4. Suteikite pacientui patogią kūno padėtį, paguldykite arba pasodinkite.
5. Prieš injekciją apžiūrėkite paciento odą: ar nėra įbrėžimų, vietinio uždegimo, paraudimo, skausmingumo, sukietėjimų, patinimų, randų, išbėrimų, nudegimo ir kt. Jei oda nesveika, slaugytojas injekcijos neatlieka ir praneša gydytojui.
6. Pacientas įspėjamas, kad atliekant periferinio kateterio įvedimą nedarytų staigių judesių.

Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite, dezinfekuokite rankas.
2. Pasiruoškite darbo vietą.
3. Patikrinkite visų vienkartinį priemonių (kateterio, švirkšto, infuzinės sistemos, flakonų, spiritingų servetėlių pakuotės) galiojimo laikus, pakuotės sandarumą.
4. Pasiruoškite infuzinę sistemą nepažeidžiant sterilumo. Ant infuzinio flakono užrašoma paciento pavardė, palata (jeigu kartu su infuziniu tirpalu yra lašinami medikamentai, tai turi būti ant flakono užrašytas vaisto pavadinimas ir kiekis).
5. Pasirinkite injekcijos vietą: priklauso nuo paciento amžiaus, venų būklės.
6. Paciento ranką padėkite ant pagalvėlės.
7. Užveržti timpą 15-20 cm virš injekcijos vietos (ne ant nuogo kūno).
8. Paprašykite paciento kelis kartus pakumščiuoti kumštį.
9. Užsidedamos pirštinės.
10. Sterilia dezinfekavimo servetėle ar kitu antiseptiku, dezinfekuokite odos paviršių.
11. Dešine ranka paimkite vienkartinį sterilų kateterį su metaliniu vedliu.
12. Kaire ranka nuimkite apsauginį gaubtą.
13. Kateterį su adata laikykite taip, kad adatos nuopjova būtų į viršų.
14. Dūrimo būdai:
 - laikyti švirkštą 30° kampu, adatos nuopjova į viršų, pradurti odą ir tik tada durti į veną;
 - pradurti odą ir venos sienelę iš karto.
15. Pasiėkus veną, šiek tiek atitraukite metalinį vedlį, kaniulėje pasirodys kraujas.
16. Įsitikinkite, kad kateteris venoje, tada kaire ranka atleiskite timpą.
17. Ta pačia kaire ranka pirštu paspauskite kateterį venoje ir fiksuokite kateterio kaniulę.
18. Dešine ranka ištraukite vedlį.
19. Prijungti lašinę sistemą su gydytojo paskirtu tirpalu.
20. Fiksuokite kateterį specialiu lipniu tvarsčiu.
21. Užrašykite kateterio įvedimo datą ir laiką.
22. Vykdyti lašinės sistemos priežiūrą.

Procedūros užbaigimas:

1. Sutvarkykite darbo vietą pagal infekcijos kontrolės reikalavimus.
2. Panaudotus švirkštus, kateterius, vienkartinės priemonės, sudėti į infekuotų atliekų konteinerį, o panaudotas adatas ir ampules į konteinerį skirtą aštrioms infekuotoms atliekoms su adatu nuėmikliais. Draudžiama adatas nuo švirkštų nuiminėti rankomis, ant adatų dėti gaubtukus.

3. Dezinfekuokite darbo vietą po paciento priėmimo.
4. Nusimaukite pirštines.
5. Atlikite rankų higieną.
6. Atžymėkite elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Intraveninio periferinio kateterio priežiūra:

1. Kateterį venoje laikykite ne ilgiau kaip tris paras (72 val).
2. Stebėkite, kad pacientas neištrauktų kateterio.
3. Po injekcijos sušvirkškite NaCl 0,9 % tirpalo į kateterį, kad neužkreštų.
4. Esant odos pakitimams (paraudimas), skausmui PVK pašalinamas nedelsiant.
5. Stebėkite dūrio vietą, venos būklę infuzijos metu.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratorė
Laima Sriebalienė



PATVIRTINTA:
VšĮ Palangos reabilitacijos
ligoninės direktoriaus 2022-05-03
įsakymu Nr. V- 45

KRAUJO PAĖMIMO VAKUUMINE SISTEMA IŠ VENOS PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis

Valdyti slaugos procesą, užtikrinti savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtos procedūros atlikimą. Aprašas skirtas bendrosios praktikos slaugytojui, saugiai ir tinkamai paimti kraują iš venos vakuuminio mėgintuvėliu (vakutaineris).

Atsakomybė

Už tinkamą procedūros atlikimą pacientui atsako bendrosios praktikos slaugytojas
Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra
 - „Medicininų pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininų atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Sterilios vienkartinės dezinfekavimo servetėlės arba sterilūs tamponai ir odos antiseptikas (odos dezinfekcijai).
2. Timpas ir pagalvėlė.
3. Lipnus sterilus tvarstis.
4. Vakuuminė kraujo ėmimo sistema (adata, laikiklis, vakuuminis mėgintuvėlis).
5. Deklas mėgintuvėliams su užrašu „Krauju plintanti infekcija“.
6. Vienkartinės pirštinės.
7. Specialus konteineris aštrioms atliekoms ir konteineris panaudotoms medicininėms priemonėms, atliekoms.

Paciento paruošimas:

1. Prisistatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą.

3. Paaiškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą, veiksmų atlikimo seką. Suteikite pacientui patogią kūno padėtį, paguldykite arba pasodinkite.
4. Pacientas įspėjamas, kad atliekant punkciją, nedarytų staigių judesių.

Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite, dezinfekuokite rankas.
2. Pasiruoškite darbo vietą, padėklą.
3. Patikrinkite gydytojo paskirtus kraujo tyrimus.
4. Patikrinkite mėgintuvėlių, adatos, spiritinių servetėlių pakuotės galiojimo laikus ir sandarumą. Draudžiama naudoti sudrėkusius, įplėštus ar kitaip sugadintus paketus
5. Ant mėgintuvėlio užrašykite paciento vardą, pavardę, skyrių, datą, laiką.
6. Užsimaukite vienkartinės pirštines.
7. Kraują imkite į vakuumines kraujo surinkimo sistemas.
8. Pasirinkite tinkamą veną (tinka paviršinės dilbio venos, bei žąsto vena).
9. Užveržkite timpą.
10. Dezinfekuokite odą.
11. Adatą įstatykite į mėgintuvėlio laikiklį, nuimkite apsauginį adatos dėklą, atlikite venos punkciją:
 - įveskite adatą 5 - 30° kampu, atsižvelgiant į venos gylį, kad bent 0,5 cm adatos būtų įvesta į kraujagyslę;
 - kaire ranka fiksuokite mėgintuvėlio laikiklį su adata, į mėgintuvėlio laikiklį;
 - iki galo įstumkite vakuuminį mėgintuvėlį, kad viduje esanti adata pradurtų mėgintuvėlio kamštelį;
 - pasirodžius pirmiesiems kraujo lašams, timpą atleiskite.
12. Ištrauktą iš laikiklio užpildytą mėgintuvėlį iš karto švelniai vieną kartą apverskite. Bet koks pavėluotas maišymas gali paveikti mėginio kokybę.
13. Pripildžius mėgintuvėlį, kuriame yra antikoagulianto reikia keletą kartų pavartyti mėgintuvėlį, kad kraujas susimaišytų.
14. Užpildykite krauju visus reikalingus mėgintuvėlius.
15. Pašalinkite adatą su laikikliu iš venos.
16. Spauskite punkcijos vietą sterilia dezinfekavimo servetėle, arba tamponu suvilgytu odos antiseptiku.
17. Jeigu ištraukus adatą, punkcijos vietoje pasirodo kraujo, sterilią servetėlę palaikykite kelias minutes, tada injekcijos vietą užklijuokite lipniu steriliu tvarsčiu.
18. Sutvarkykite darbo vietą pagal infekcijos kontrolės reikalavimus.

Procedūros užbaigimas:

1. Panaudotas vienkartinės priemonės sudėti į infekuotų atliekų konteinerį, o panaudotas adatas į konteinerį skirtą aštrioms infekuotoms atliekoms.
2. Dezinfekuokite darbo vietą.
3. Nusimaukite pirštines.
4. Atlikite rankų higieną.
5. Atžymėkite elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Veninio kraujo ėmimo eiliškumas:

- biocheminiams tyrimams ir gliukozei nustatyti (geltonas dangtelis);
- koaguliaciniams tyrimams (mėlynas dangtelis);
- serologiniams tyrimams (žalias dangtelis);
- hematologiniams tyrimams (violetinis dangtelis).

Draudžiama:

1. Prieš laiką nutraukti vakuumą, t. y. mėgintuvėlis ištraukiamas ankščiau, negu jis prisipildo.
2. Atidaryti vakuuminio mėgintuvėlio dangtelį ir kraują lašinti per adatą į mėgintuvėlį.
3. Atidengti pripildytą vakuuminį mėgintuvėlį ir iš jo perpilti dalį kraujo į kitą mėgintuvėlį.
4. Paimtą kraują su vakuumine sistema padėti horizontaliai.
5. Mėgintuvėlius nešti rankoje.

Klaidos imant veninį kraują:

- kumščiuojama plaštaka ar masažuojama alkūninė vena;
- pasirodžius pirmajam kraujo lašui, nenuimama timpa;
- timpa laikoma ilgiau nei 1 min.;
- kraujas (be antikoagulianto) plakamas, maišomas arba padedamas horizontaliai;
- kraujas su antikoagulantu nesumaišomas.

Prieš nešant kraujo mėginius į laboratoriją:

1. patikrinkite ar pakankamai paimta kraujo biocheminiams tyrimams, ar išlaikytas kraujo ir antikoagulianto santykis;
2. patikrinkite ar identifikuotas mėginys;
3. patikrinkite ar teisingai užpildytas mėginių surinkimo, pristatymo į laboratoriją registracijos žurnalas;
4. mėgintuvėlius į laboratoriją pristatykite ne vėliau kaip per 1 val., esant reikalui tuojau pat;
5. Mėgintuvėlius su kraujo mėginiais laikykite ir transportuokite tik vertikaloje padėtyje – tai padidina krešėjimo greitį.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratorė
Laima Sriebalienė



PATVIRTINTA:
VšĮ Palangos reabilitacijos
ligoninės direktoriaus 2022-05-03
įsakymu Nr. V- 45

VAISTŲ PER OS VARTOJIMO PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užkrinti savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtų vaistų įvedimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui, saugiai ir tinkamai atlikti vaistų per os dalinimą ir vartojimą.

Atsakomybė:

Už paciento tinkamą vaistų per os dalinimą ir vartojimą atsako bendrosios praktikos slaugytojas. Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininų pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Medicininų atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

- Medikamentai (tabletės).
- Specialus padėklas dispenseriams laikyti.
- Vienkartiniai dispenseriai, taurelės.
- Vienkartinės pirštinės.
- Rankų dezinfekantas.

Paciento paruošimas:

1. Prisistatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą.
3. Informuokite pacientą apie vaistų paskyrimo tikslą.
4. Išsiaiškinkite paciento alergines reakcijas.

Procedūros eiga:


1. Plauti ir dezinfekuoti rankas.
2. Pasiruošti padėklą su dispenseriais.
3. Užsidėti vienkartinės pirštinės
4. Pagal gydytojo paskyrimus sudėti medikamentus į dispenserius.

5. 3 kartus perskaityti vaistų pavadinimą, dozę, galiojimo laiką:
 - prieš imant iš lentynos;
 - prieš dedant į dispenserį ar taurelę.
 - padedant į lentyną.
6. Vaistai į dispenserius kiekvienam pacientui dalinami visai parai.
7. Padėklai su vaistų dispenseriais laikomi užrakintoje medikamentų spintoje.
8. Prieš atiduodant vaistus dar kartą identifikuoti pacientą.
9. Įsitikinti, kad pacientas suvartojo jam paskirtus vaistus.

Procedūros užbaigimas:

1. Dezinfekuokite darbo vietą.
2. Nusimaukite pirštines.
3. Atlikite rankų higieną.
4. Apie vaistų suvartojimą atžymėti elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratore
Laima Sriebalienė 

VAISTŲ LAŠINIMO Į AKIS PROCEDŪROS PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinti savalaikį, kokybišką lašų lašinimo į akis procedūros atlikimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui saugiai ir tinkamai atlikti procedūrą.

Atsakomybė:

Už tinkamą lašų sulašinimą į akis atsakingas bendrosios praktikos slaugytojas.
Už kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų daiktų, įrenginių) paviršių valymo ir dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Gydytojo paskirti vaistai (vaistų buteliukai su lašintuvu).
2. Švarios servetėlės, dezinfekcinės servetėlės.
3. Vienkartinės pirštinės.
4. Padėklas priemonėms susidėti.

Paciento paruošimas:

1. Prisistatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą ir įvertinkite paciento būklę.
3. Paašškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą, jos reikalingumą, veiksmų atlikimo seką.
4. Suteikite patogią padėtį: paguldykite arba pasodinkite ir truputį atloškite galvą atgal.
5. Informuokite pacientą, kad nedarytų staigių judesių.

Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite, dezinfekuokite rankas.

2. Užsimaukite pirštines.
3. Perskaitykite kelis kartus vaistų pavadinimą, dozę, pakuotės sandarumą ir galiojimo laiką:
 - prieš imant iš lentynos (užrašą ant dėžutės);
 - prieš lašinant lašus (užrašą ant buteliuko);
 - prieš padedant vaistų į vaistų spintą.
4. Įsitikinkite ar paciento akis yra švari (jei reikia-išvalykite akis švaria servetėle).
5. Švelniai patempkite apatinį akies voką žemyn ir atsargiai įlašinkite vieną lašą į junginės maišelį. Stenkitės lašintuvu nepaliesiti akies (2-3 centimetrų atstumu).
6. Paleiskite apatinį akies voką ir švelniai paspauskite vidinį akies kampą nosies kryptimi.
7. Paprašykite, kad pacientas lėtai pamirskėtų keletą kartų, kad lašai pasiskirstytų po visą akies paviršių. Lašų perteklių nušluostykite vienkartinę popierinę servetėle.
8. Pakartokite tą pačią procedūrą į kitą akį.

Procedūros užbaigimas:

1. Darbo vietą ir panaudotas medicininės atliekas sutvarkyti pagal infekcijų kontrolės procedūrų vadovą.
2. Apie atliktą procedūrą atžymėkite elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratore
Laima Sriebalienė



VAISTŲ LAŠINIMO Į AUSIS PROCEDŪROS PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinti savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtų vaistų įvedimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui, saugiai ir tinkamai atlikti procedūrą.

Atsakomybė:

Už tinkamą vaistų sulašinimą į ausis atsakingas bendrosios praktikos slaugytojas.
Už kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VŠĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų daiktų, įrenginių) paviršių valymo ir dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas:

Priemonės:

1. Gydytojo paskirti vaistai (vaistų buteliukai su lašintuvu).
2. Sterilūs vatos tamponai, dezinfekcinės servetėlės, rankų dezinfekantas.
3. Vienkartinės pirštinės.
4. Padėklas priemonėms susidėti.

Paciento paruošimas:

1. Prisistatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą.
3. Paašškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą, jos reikalingumą, veiksmų atlikimo seką.
4. Suteikite pacientui patogią padėtį: pasodinkite ar paguldykite.
5. Pacientą įspėkite, kad nedarytų staigių judesių.

Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite, dezinfekuokite rankas.
2. Užsimaukite pirštines.
3. Perskaitykite kelis kartus vaistų pavadinimą, dozę, galiojimo laiką:

- prieš imant iš lentynos (užrašą ant dėžutės);
 - prieš lašinant lašus (užrašą ant buteliuko);
 - padedant atgal į lentyną (užrašą ant dėžutė).
4. Pacientą pasodinkite arba paguldykite ant šono, galvą pasukite į sveikąją pusę, ranka patraukite ausies kaušėlį į viršų ir atgal.
 5. Įlašinkite į ausį 4-6 lašus vaistų.
 6. Pacientui liepkite pasėdėti ar pagulėti tokioje padėtyje 2-3 min.
 7. Užkimškite ausį vatos tamponu ir palaikykite 10-15 min.

Procedūros užbaigimas:

1. Darbo vieta sutvarkoma pagal infekcijų kontrolės procedūrų vadovą.
2. Nusimaukite pirštines.
3. Atlikite rankų higieną.
4. Atžymėkite apie atliktą procedūrą elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratore
Laima Sriebalienė



VAISTŲ LAŠINIMO Į NOSĮ PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinti savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtų vaistų įvedimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui saugiai ir tinkamai atlikti procedūrą.

Atsakomybė:

Už tinkamą lašų sulašinimą į nosį atsakingas bendrosios praktikos slaugytojas.
Už kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų daiktų, įrenginių) paviršių valymo ir dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Gydytojo paskirti vaistai (vaistų buteliukai su lašintuvu).
2. Sterilūs vatos tamponai, dezinfekcinės servetėlės.
3. Vienkartinės pirštinės.
4. Padėklas priemonėms susidėti.

Paciento paruošimas:

1. Prisistatykite pacientui.
1. Identifikuokite pacientą ir įvertinkite paciento būklę.
2. Paašškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą, jos reikalingumą, veiksmų atlikimo seką.
3. Informuokite pacientą, kad procedūros metu nedarytų staigių judesių.

Procedūros eiga:


1. Nusiplaukite, dezinfekuokite rankas.
2. Užsimaukite pirštines.

3. Perskaitykite kelis kartus vaistų pavadinimą, dozę, galiojimo laiką:
 - prieš imant iš lentynos (užrašą ant dėžutės);
 - prieš lašinant lašus (užrašą ant buteliuko);
 - padedant atgal į lentyną (užrašą ant dėžutės).
4. Įsitikinkite ar paciento nosies landa yra švari (jei reikia-išvalykite nosies landas vatos tamponais).
5. Pasodinkite pacientą, atlenkite galvą į šoną ir šiek tiek atgal (neatloškite galvos, kad vaistai nenutekėtų į nosiaryklę), įlašinkite į vieną landą.
6. Paaiškinkite pacientui, kad jis kelias minutes palaikytų galvą tokioje padėtyje.
7. Įlašinkite vaistus į kitą nosies landą.

Procedūros užbaigimas:

1. Darbo vieta sutvarkoma pagal infekcijų kontrolės procedūrų vadovą.
2. Nusimaukite pirštines.
3. Atlikite rankų higieną.
4. Atžymėkite apie atliktą procedūrą elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratore
Laima Sriebalienė 

ŠLAPIMO PŪSLĖS (MOTERŲ IR VYRŲ) KATETERIZACIJOS PROCEDŪROS IR PASTOVAUS KATETERIO PRIEŽIŪROS PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinti savalaikę, kokybišką gydytojo paskirtą šlapimo pūslės kateterizaciją.

Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui, saugiai ir tinkamai atlikti šlapimo pūslės (moterų ir vyrų) kateterizaciją ir pastovaus kateterio priežiūrą.

Atsakomybė:

Už tinkamą procedūros atlikimą atsako bendrosios praktikos slaugytojas.

Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. Paciento slaugos istorija.
3. VŠĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūrų aprašymas

Priemonės:

1. Sterilus vienkartinis / Folio kateteris.
2. Vienkartinis sterilus 10 ml švirkštas.
3. Vienkartinis sterilus pincetas.
4. Sterilus lubrikantas.
5. Odos ir gleivinių antiseptikas uretros apiplovimui. Rankų dezinfekantas.
6. Sterilūs vienkartiniai marlės tamponai.
7. Vienkartinės pirštinės.
8. Sterilios pirštinės.
9. Vienkartinė uždara šlapimo surinkimo sistema (maišelis).
10. Indas šlapimui sutekėti.

11. Neperšlampamas vienkartinis paklotas.
12. Sterilus fiziologinis 0,9 % skiedinys folio kateterio balionėliui užpildyti.
13. Konteineris panaudotoms medicininėms atliekoms išmesti.

Paciento paruošimas:

1. Pristatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą.
3. Paaiškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą, veiksmy atlikimo seką. Suteikite pacientui patogią kūno padėtį.
4. Paaiškinkite pacientui apie procedūrą bei tarpvietės, išorinių lytinių organų higienos svarbą šlapimo takų infekcijoms plisti.

Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite, dezinfekuokite rankas.
2. Pasirinkite optimalaus diametro kateterį (ne per storą), siekiant efektyvaus šlapimo pūslės ištuštinimo.
3. Patikrinkite sterilių gaminių pakuotes ar nepažeistos, galiojimo laiką, įvertinkite išorinius indikatorius.
4. Užsimaukite vienkartinės pirštines.

Moterų kateterizacija:

1. Pacientę paguldykite ant nugaros, kojas sulenkite per kelius, plačiai praskėskite, pasitieskite vienkartinį neperšlampamą paklotą.
2. Moterų lytinius organus apiplaukite steriliu odai ir gleivinėms skirtu antiseptiku.
3. Kairės rankos I – II pirštais praskėskite didžiąsias ir mažąsias lytines lūpas, atidėkite šlapimtakio išorinę sritį.
4. Nuvalius šlaplės angą, nepaleiskite lytinių lūpų, tarp jų įdėkite sterilių tamponą, sumirkytą antiseptiniu tirpalu.
5. Naudokite vienkartinį sterilių pincetą, kiekvienam valymo judesiui imkite kitą tamponą.
6. Nusimaukite vienkartinės pirštines.
7. Užsimaukite sterilias pirštines.
8. Dešiniąja ranka vienkartinio steriliu pincetu paimekite kateterį 5 – 7 cm nuo kateterio galo, kitą galą suspauskite tarp rankos didžiojo ir bevardžio pirštų, kateterį suvilgykite lubrikantu, palaipsniui kiškite kateterį į šlapimo pūslę, kitą kateterio galą laikyti rankoje.
9. Pasirodžius šlapimui, įkiškite kateterį giliau, įsitikinus, kad kateteris yra pūslėje laisvą galą nuleiskite į indelį šlapimui surinkti arba maišelį.
10. Nutekėjus šlapimui, kateterį ištraukite iš šlapimo pūslės.
11. Jeigu naudojate Folio tipo kateterį, jį įkišus į šlapimo pūslę, kateterio balionėlį steriliu vienkartinio švirksčiu užpildykite steriliu fiziologiniu 0,9 % tirpalu 4 – 5 ml., įsitikinkite ar gerai laikosi (pabandykite švelniai atitraukti).
12. Atliekant ilgalaikę šlapimo pūslės kateterizaciją, įkištą kateterį į šlapimo pūslę prijunkite prie uždaro sterilios šlapimo surinkimo sistemos.

Vyrų kateterizacija:

1. Pacientą paguldykite ant nugaros praskėstomis kojomis, pasitieskite vienkartinį neperšlampamą paklotą.
2. Vyrų lytinius organus apiplaukite steriliu antiseptiku.
3. Kairiąja ranka varpą tvirtai suimkite prie galvutės, nykščiu ir rodomuoju pirštu praskleiskite angą, atitraukite apyvarpę.
4. Nuvalykite šlaplės angą ir aplinkinius audinius.
5. Nusimaukite vienkartinės pirštines.
6. Užsimaukite sterilias pirštines.
7. Dešiniąja ranka vienkartinio pincetu paimkite kateterį 5 – 7 cm nuo kateterio galo.
8. Kateterio galą sutepkite lubrikantu.
9. Storesnį galą prilaikykite IV-V pirštais.
10. Pro šlapimtakio angą kateterį lėtai pincetu įkiškite į šlapimo pūslę.
11. Kišant kateterį, varpą kelkite aukštyn, tarsi „maunama“ ant kateterio.
12. Pasirodžius šlapimui, kateterio išorinį galą nuleiskite į indelį šlapimui surinkti.
13. Ištekėjus šlapimui, kateterio išorinį galą užspauskite pincetu ir ištraukite kateterį iš šlapimo pūslės.
14. Jeigu naudojate Folio tipo kateterį, jį įkišus į šlapimo pūslę, kitą kateterio galą laikykite rankoje, pasirodžius šlapimui, įkiškite kateterį giliau, įsitikinus, kad kateteris yra pūslėje pripūskite balionėlį steriliu fiziologiniu 0,9 % tirpalu 7 – 10 ml., įsitikinkite ar gerai laikosi (pabandykite švelniai atitraukti).
15. Atliekant ilgalaikę šlapimo pūslės kateterizaciją, įkištą kateterį į šlapimo pūslę prijunkite prie uždaros sterilios šlapimo surinkimo sistemos.

Procedūros užbaigimas

1. Sutvarkykite darbo vietą pagal infekcijos kontrolės reikalavimus.
2. Panaudotus švirkštus, vienkartinės priemonės sudėti į infekuotų atliekų konteinerį, o panaudotas adatas ir ampules į konteinerį skirtą aštrioms infekuotoms atliekoms.
3. Nusimaukite pirštines.
4. Atlikite rankų higieną.
5. Apie atliktą procedūrą (datą, laiką) atžymėkite elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Kateterio ir šlapimo surinkimo sistemos higieniniai reikalavimai

- ✓ Atliekant ilgalaikę šlapimo pūslės kateterizaciją, per visą kateterizacijos laiką nepažeiskite uždaros šlapimo surinkimo sistemos sterilumo.
- ✓ Šlapimo surinkimo sistemą, nepriklausomai nuo ligo kūno padėties, tvirtinkite žemiau šlapimo pūslės lygio.
- ✓ Ligonį verčiant, keliant ir visais kitais atvejais, kai drenavimo sistemą neišvengiama pakelti aukščiau, prieš tai užkimškite vienkartinio kamštuku.
- ✓ Prieš šlapimo surinkimo sistemos keitimą ir (ar) norint atjungti šlapimo surinkimo maišelį, kateterio ir šlapimo drenavimo vamzdelio jungtį dezinfekuokite odos antiseptiku.
- ✓ Visą šlapimą iš šlapimo surinkimo maišelio reguliariai ištuštinkite.

- ✓ Sekite šlapimo kiekį, spalvą, stebėkite ar nėra priemaišų, krešulių. Apie pakitimus praneškite gydytojui.
- ✓ Rankų higiena prieš ir po manipuliacijų atlikimo.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratorė
Laima Sriebalienė



PATVIRTINTA:
VŠĮ Palangos reabilitacijos
ligoninės direktoriaus 2022-05-03
įsakymu Nr. V- 45

ŠLAPIMO TYRIMO PAĖMIMO PROCEDŪROS PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinti savalaikę, kokybišką gydytojo paskirtą šlapimo tyrimo paėmimo procedūrą.

Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui, paaiškinant pacientui kaip saugiai ir tinkamai paimti šlapimą tyrimui.

Atsakomybė:

Už tinkamą procedūros atlikimą atsako bendrosios praktikos slaugytojas.

Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VŠĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Vienkartinės pirštinės.
2. Vienkartinis sterilus šlapimo indelis.
3. Padėklas tyrimams į laboratoriją gabenti.

Paciento paruošimas:

1. Prisistatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą.
3. Paaiškinkite pacientui apie šlapimo tyrimui paėmimo procedūrą, veiksmų atlikimo seką.
4. Informuokite kaip tinkamai atlikti lytinių organų higieną.

Procedūros eiga:

1. Dezinfekuokite rankas.


2. Paruoškite švarų sterilų indelį, užrašykite paciento vardą, pavardę, palatą, datą ir laiką, paduokite indelį iš vakaro.

3. Paaiškinkite pacientui apie procedūrą bei tarpvietės, išorinių lytinių organų higienos svarbą.
4. Paaiškinkite pacientui, kad imamas rytinis šlapimas atsikėlus, vidurinė porcija.
5. Dezinfekuokite ir užsimaukite vienkartinės pirštines.
6. Surinkite šlapimo indelius, sudėkite į dėklą.
7. Užregistruokite laboratorinių tyrimų žurnale, nuneškite į laboratoriją.

Procedūros užbaigimas

1. Sutvarkykite darbo vietą pagal infekcijos kontrolės reikalavimus.
2. Nusimaukite pirštines.
3. Atlikite rankų higieną.
4. Apie atliktą procedūrą atžymėkite elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratorė
Laima Sriebalienė 

PATVIRTINTA:
VšĮ Palangos reabilitacijos
ligoninės direktoriaus 2022-05-03
įsakymu Nr. V- 45

REKTALINĖS ŽVAKUTĖS ĮVEDIMO PROCEDŪROS PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinantį savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtų vaistų įvedimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui saugiai ir tinkamai atlikti rektalinės žvakutės įvedimą pacientui.

Atsakomybė:

Už tinkamą ir saugų rektalinės žvakutės panaudojimą pacientui atsako bendrosios praktikos slaugytojas.

Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako bendrosios praktikos slaugytojas.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. vienkartinės pirštinės;
2. liubrikantas;
3. prijuostė;
4. vienkartinis paklotas;
5. paskirta rektalinė žvakutė;
6. patikrinami priemonių galiojimo laikai, pakuotės sandarumas.

Paciento paruošimas:

1. Prisistatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą.
3. Paašškinkite pacientui apie rektalinės žvakutės įvedimo procedūrą, veiksmų atlikimo seką.
4. Garantuokite privatumą visos procedūros metu.

Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite ir dezinfekuokite rankas.
2. Užsidėkite prijuostę.
3. Užsimaukite pirštines.
4. Paklokite vienkartinę paklodę ar paklotą po paciento dubeniu.

Suteikite pacientui reikiamą padėtį: guldykite ant kairio šono, paprašykite, kad sulenktų per kelius kojas.

5. Patepkite rectum liubrikantu.
6. Paprašykite paciento giliai kvėpuoti.
7. Kairiąja ranka pakelkite viršutinį sėdmenį.
8. Dešiniąja ranka lėtai ir sukamaisiais judesiais įveskite žvakutę į tiesiąją žarną, bambos link vaikui 3-5 cm, o vyresniems - nuo 7 iki 10 cm.
9. Nuvalykite paciento tarpvietę.
10. Padėkite pacientui patogiai įsitaisyti. Po žvakutės įvedimo patariama 5- 10 min ramiai pagulėti ir pastebėti pacientą.

Procedūros užbaigimas

1. Sutvarkykite darbo vietą pagal infekcijos kontrolės reikalavimus.
2. Nusimaukite pirštines.
3. Atlikite rankų higieną.
4. Apie atliktą procedūrą atžymėkite elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratorė
Laima Sriebalienė



PATVIRTINTA:
VšĮ Palangos reabilitacijos
ligoninės direktoriaus 2022-05-03
įsakymu Nr. V-45

ARTERINIO KRAUJO SPAUDIMO (AKS) MATAVIMO PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinantį savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtos procedūros atlikimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui saugiai ir tinkamai atlikti kraujospūdžio matavimą.

Atsakomybė:

Už tinkamą kraujospūdžio matavimo atlikimą pacientui atsako bendrosios praktikos slaugytojas. Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. AKS matavimo aparatas.
3. Fonendoskopas.
4. Dezinfekuojančios servetėlės.
5. Rankų dezinfekantas.
6. Pirštinės.

Paciento paruošimas:

1. Identifikuokite pacientą,
2. Paaiškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą.
3. Įvertinkite paciento būklę. Pacientas turi būti 10 – 15 min. pailsėjęs.

Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite ir dezinfekuokite rankas.
2. Užsimaukite vienkartinę pirštines
3. Padėkite pacientui pasirinkti patogią padėtį (pasodinti ar paguldyti) šiek tiek sulenkus jo ranką, kad žastikaulis būtų ties širdimi, o delnas pasuktas į viršų.
4. AKS aparato manžetė dedama 2 - 3 cm aukščiau rankos sulenkimo. Tarp manžetės ir rankos turi nesunkiai tilpti du pirštai, vamzdeliai turi būti medialinėje žasto pusėje. Uždėkite manžetę tampriai, bet neveržkite žasto.
5. Pirštų galais užčiuopti žasto arterijos pulsą (alkūninės duobės medialinėje srityje).
6. Fonendoskopo diafragmą uždėti virš žasto arterijos pulso.
7. Greitai spauskite orą į manžetę, kol išnyks pulsas, tada spaudimą manžetėje dar padidinkite 20 – 30 mm Hg. Po to iš lėto išleiskite orą, išleiskite iš manžetės 2 mm Hg/sek. greičiu ir klausykite tuo metu kylančių garsų.
8. Pirmas išgirstas tonas laikomas sistoliniu AKS, paskutinis išgirstas tonas – diastoliniu AKS. Nenuimant manžetės, bet išleidus iš jos visą orą, AKS matuokite du kartus, padarę 1-3 min. pertrauką. Nustatykite matavimų rodmenų vidurkį.
9. Matuojant AKS automatinio matavimo aparatu pripūtimo slėgis nustatomas automatiškai. Manžetė uždedama kaip ir matuojant mechaniniu kraujospūdžio aparatu.
10. Paspausti mygtuką „Start“.
11. Stebinti pacientą, laukti prietaiso pabaigos signalo ir žiūrėkite parodymus.
12. Išleisti likusį orą ir nuimti manžetę nuo rankos.

Procedūros užbaigimas:

1. Darbo vietą sutvarkykite pagal infekcijų kontrolės procedūrų vadovą.
2. Atlikite AKS aparato dezinfekciją.
3. Nusiplaukite ir dezinfekuokite rankas.
4. AKS parodymus fiksuoti elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:

vyriausioji slaugos administratorė

Laima Sriebalienė



PATVIRTINTA:
VšĮ Palangos reabilitacijos
ligoninės direktoriaus 2022-05-03
įsakymu Nr. V- 45

PULSO DAŽNIO SKAIČIAVIMO PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinantį savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtos procedūros atlikimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui saugiai ir tinkamai atlikti pulso dažnio matavimą.

Atsakomybė:

Už tinkamą kraujospūdžio matavimo atlikimą pacientui atsako bendrosios praktikos slaugytojas. Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. Laikrodis, rodantis sekundes.
3. Rankų dezinfekantas.
4. Pirštinės.

Paciento paruošimas:

1. Identifikuokite pacientą,
2. Paaiškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą.
3. Įvertinkite paciento būklę. Pacientas turi būti 10 – 15 min. pailsėjęs.

Procedūros eiga:

1. Nusiplaukite ir dezinfekuokite rankas.
2. Užsimaukite vienkartinę pirštines
3. Pacientui gulint lovoje, jo ranką ištieskite šalia liemens, jei pacientas sėdi, ranką sulenkite 90° kampu.
4. Uždėkite du – tris pirštus išilgai stipininės arterijos arba apčiuopkite smilkininę ar miego

arteriją.

5. Truputį paspauskite ir kai gerai pajusite pulsą, pamažu atleiskite.
6. Kai jausite, kad pulsas reguliarus pradėkite skaičiuoti.
7. Pulsą skaičiuokite 1 min., vyresniems galima skaičiuoti 30 s. (tada gautą skaičių dauginame iš 2).
8. Jei pulsas nereguliarus skaičiuojama abiejose rankose, abiejų smilkinių arterijose, ar miego arterijose.

Procedūros užbaigimas:

1. Darbo vietą sutvarkykite pagal infekcijų kontrolės procedūrų vadovą.
2. Nusiplaukite ir dezinfekuokite rankas.
3. Pulso parodymus fiksuoti elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratorė
Laima Sriebalienė



KŪNO TEMPERATŪROS MATAVIMO PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinantį savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtos procedūros atlikimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui, slaugytojo padėjėjui saugiai ir tinkamai atlikti kūno temperatūros matavimą.

Atsakomybė:

Už tinkamą kūno temperatūros matavimą pacientui atsako bendrosios praktikos slaugytojas. Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“
 - „Medicininį pirštinių dėvėjimo tvarka“
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“
 - „Medicininį atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. Termometras (elektroninis, bekontaktis).
2. Vienkartinės pirštinės.
3. Indelis termometrų laikymui.
4. Spiritinės dezinfekavimo servetėlės.
5. Vienkartinės popierinės servetėlės.
6. Indas panaudotoms vienkartinėms priemonėms surinkti.

Procedūros eiga:

1. Paciento identifikavimas, informavimas ir paruošimas procedūrai.
2. Pasirinkti temperatūros matavimo būdą:
 1. Aksiliarinės temperatūros matavimas:
 - padėti asmeniui atsisėsti ar atsigulti pusiau sėdomis;
 - išsausinti pažasties sritį;
 - įdėti termometrą į pažasties centrą, nuleisti ir priglausti prie krūtinės paciento ranką;

- laikyti termometrą 5-10 minučių (naudojant elektroninį termometrą, kol išgirstamas garsinis signalas);
 - išėmus termometrą įvertinti temperatūrą, informuoti pacientą;
 - nuvalyti termometrą spiritine dezinfekavimo servetėle.
2. Oralinės temperatūros matavimas:
- paprašyti asmens išsižioti ir įdėti termometrą į burną po liežuvį;
 - paprašyti asmens laikyti termometrą suspaudus lūpomis;
 - laikyti termometrą burnoje 3 minutes;
 - nuolat stebėti pacientą;
 - išėmus termometrą, įvertinti temperatūrą ir informuoti pacientą;
 - nematuoti oralinės temperatūros nesąmoningiems pacientams.
3. Temperatūros matavimas bekontakčiu termometru:
- temperatūrą geriausia matuoti namų viduje, ar kitoje uždaroje patalpoje, kurios neveikia aplinkos ir oro pokyčiai;
 - įsitikinkite, kad prieš matavimą Jūsų galvos oda būtų nesuprakitavusi, nedėvėkite kepurės ar kt. galvos apdangalų;
 - matavimo atstumas 3-5 cm;
 - venkite matuoti temperatūrą ant randų, žaizdų ar kitų odos negalavimų.

Procedūros užbaigimas:

1. Sutvarkyti darbo vietą pagal įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovą.
2. Dezinfekuoti rankas.
3. Pažymėti duomenis elektroninėje medicininėje dokumentacijoje.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratorė
Laima Sriebalienė



ŠALČIO KOMPRESO NAUDOJIMO PROTOKOLAS

Paskirtis ir taikymo sritis:

Valdyti slaugos procesą, užtikrinantį savalaikį, kokybišką gydytojo paskirtos procedūros atlikimą. Procedūra skirta bendrosios praktikos slaugytojui, slaugytojo padėjėjui saugiai ir tinkamai uždėti šalčio kompresą pacientui.

Atsakomybė:

Už tinkamą ir saugų šalčio kompreso uždėjimą pacientui atsako bendrosios praktikos slaugytojas, slaugytojo padėjėjas.

Už saugaus ir kokybiško proceso atlikimo periodinę kontrolę atsako bendrosios praktikos slaugytojas.

Su procedūra susiję dokumentai:

1. Gydytojo paskyrimai.
2. VŠĮ Palangos reabilitacijos ligoninės direktoriaus 2021-10-25 įsakymas Nr. V-123 „Dėl įstaigos infekcijų kontrolės procedūrų vadovo patvirtinimo“:
 - „Rankų higienos procedūra“.
 - „Medicininų pirštinių dėvėjimo tvarka“.
 - „Aplinkos (patalpų, daiktų, įrenginių) paviršių valymo, dezinfekcijos procedūra“.
 - „Medicininų atliekų tvarkymo procedūra“.

Procedūros aprašymas

Priemonės:

1. rankų dezinfekantas;
2. vienkartinės pirštinės;
3. šalčio paketas, rankšluostis arba tvarstis.

Paciento paruošimas:

1. Prisistatykite pacientui.
2. Identifikuokite pacientą.
3. Perskaitykite paskyrimus.
4. Paašškinkite pacientui apie procedūros eigą.

Veiksmų seka:

1. Nusiplaukite ir dezinfekuokite rankas.

2. Užsimaukite pirštines.
3. Uždėkite rankšluostį arba tvarstį (tarp odos ir šaldomojo kompreso visada turi būti, kad oda nenušaltų).
4. Laikykite ant pažeistos vietos 15 min. (procedūrą galima kartoti kas 30-60min.)

Procedūros užbaigimas:

1. Po panaudojimo šaldomą kompresą dezinfekuokite ir dėkite į šaldiklį.
2. Panaudotas medicininis atliekas sutvarkykite pagal infekcijos kontrolės reikalavimus.
3. Atžymėkite apie atliktą procedūrą medicininiuose dokumentuose.

Protokolą parengė slaugos taryba

Suderinta:
vyriausioji slaugos administratorė
Laima Sriebalienė 