

V. ДИО

ДИЈАГНОСТИЧКО-ТЕРАПИЈСКИ ПОСТУПЦИ

- 1 ПОСТУПАК СНИМАЊА ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА
- 2 УСПОСТАВЉАЊЕ ПЕРИФЕРНОГ ВЕНСКОГ ПУТА
- 3 ПРЕВЕНЦИЈА И ЊЕГА ДЕКУБИТУСА
- 4 ОБРАДА И ПРЕВИЈАЊЕ РАНЕ И ЛАКШИХ ОПЕКОТИНА
- 5 ТРЕТМАН УЛКУСА ДИЈАБЕТЕСНОГ СТОПАЛА
- 6 ЊЕГА ОСТОМИЈА
- 7 ТОАЛЕТА ТРАХЕОСТОМЕ
- 8 ПЛАСИРАЊЕ, ТОАЛЕТА И ДЕПЛАСИРАЊЕ УРИНАРНОГ КАТЕТЕРА КОД ЖЕНА
- 9 ИСПИРАЊЕ УХА
- 10 ПОСТАВЉАЊЕ ФИКСАЦИЈСКОГ ЗАВОЈА
- 11 ПОСТУПЦИ ИМОБИЛИЗАЦИЈЕ

1 ПОСТУПАК СНИМАЊА ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинисан је поступак снимања електрокардиограма.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Електрокардиографија – неинванзивни дијагностички поступак регистровања електричних потенцијала које срце производи својим радом. Електрични потенцијали срца се помоћу електрокардиографа појачавају и преносе на папир као електрокардиограм, односно као ЕКГ кривуља. Стандардни електрокардиограм састоји се од 12 одвода, три стандардна, три униполарна и шест прекордијалних.

2.2. Скраћенице

ЕКГ – електрокардиографија.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилно извођење поступка снимања ЕКГ и технички исправан запис.

Мјере предострожности

- провјерити техничку исправност апарата;
- отклонити све факторе који могу да ометају исправност ЕКГ-а: напетост мускулатуре, електрична прашина, контакт са металом, лош контакт електрода са кожом, као у случају маљавости, полуодлијепљене електроде, додиривања пацијента у току израде ЕКГ и слично;
- да би се добио технички исправан запис, електроде не постављати на коштане структуре.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке и навући нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- осигурати приватност;
- намјестити пацијента у лежећи положај;
- ослободити грудни кош и екстремитете од одјеће,
- урадити бријање грудног коша ако је изражена маљавост;

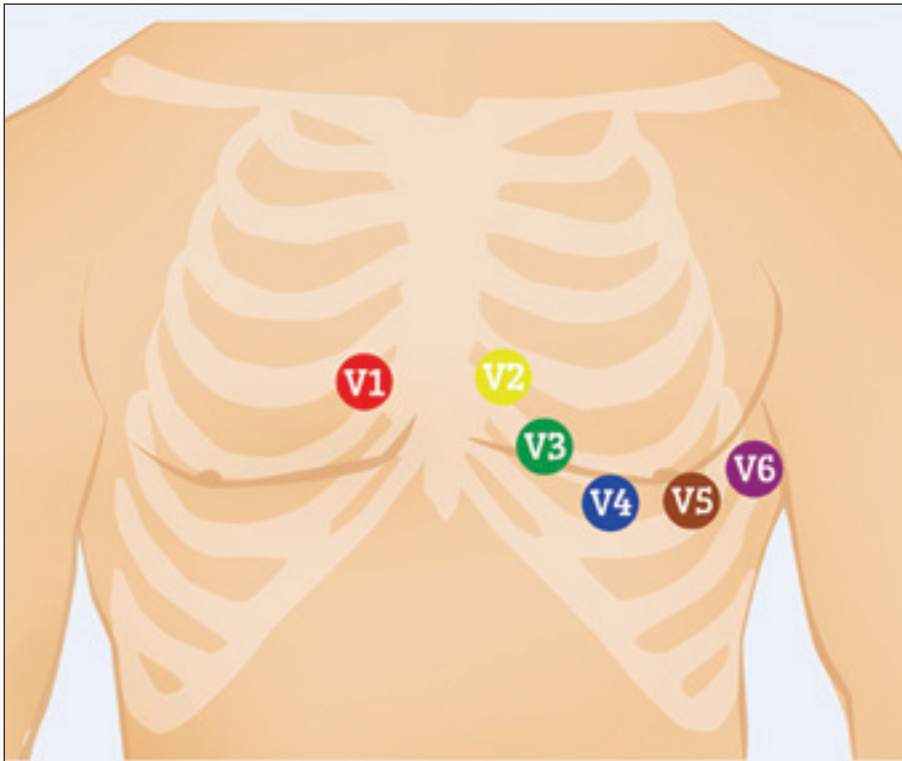
- мјеста постављања електрода навлажити електропроводним гелом.

Материјал и опрема

- параван;
- покретна колица;
- ЕКГ апарат;
- контактни гел;
- прибор за бријање (за једнократну употребу);
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- папирна вата – целштоф за брисање гела;
- бубрежњак.

3.1. Поступак

- пацијента намјестити у положај на леђа, ослободити грудни кош и екстремитете од одјеће;
- премазати контактним гелом унутрашње стране подлактица и поткољеница на мјестима гдје се постављају електроде;
- помоћу држача електроде поставити на обје руке и ноге тако да се метални дио држача налази на унутрашњој страни доње трећине подлактице и поткољенице и да има добар контакт с кожом;
- на држач десне руке спојити **црвену** электроду с ознаком R;
- на држач лијеве руке спојити **жуту** электроду с ознаком L;
- на држач лијеве ноге спојити **зелену** электроду с ознаком F;
- на држач десне ноге спојити **црну** электроду с ознаком N;
- грудни кош навлажити контактним гелом, гдје ће се поставити прекордијалне електроде (слика 1);
- V1 (**црвена**) – четврти интеркостални простор два прста од стернума десно;
- V2 (**жута**) – четврти интеркостални простор два прста од стернума лијево;
- V3 (**зелена**) – на средини линије између V2 и V4;
- V4 (**смеђа**) – пети интеркостални простор, лијево један прст медијално од медио-клавикуларне линије;
- V5 (**црна**) – пети интеркостални простор, лијево у предњој аксиларној линији;
- V6 (**љубичаста**) – пети интеркостални простор, лијево у предњој аксиларној линији;
- прије почетка снимања потребно је електронским уносом уписати податке о пацијенту: име и презиме, годиште, датум и вријеме снимања (уколико нема електронског уноса, након завршеног снимања наведене податке написати ручно на ЕКГ запису);
- прије почетка снимања замолити пацијента да се опусти и да нормално дише;
- снимање ЕКГ проводити поштујући упутства за руковање уређајем;
- након снимања угасити апарат, скинути електроде са екстремитета и грудног коша пацијента, папирном ватом – целштофом обрисати гел и обући пацијента или му помоћи да то уради сам;



Слика 1. Постављање прекордијалних електрода

- електроде и пумпице се након снимања обришу од контактнoг гела и пребришу дезинфекционим средством;
- после снимања збринути пацијента;
- скинути рукавице, одложити их на прописан начин и опрати руке;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- евидентирати спроведену активност.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

2 УСПОСТАВЉАЊЕ ПЕРИФЕРНОГ ВЕНСКОГ ПУТА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак правилног и сигурног успостављања венског пута пласирањем интравенске каниле.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Нема.

2.2. Скраћенице

i. v. канила – интравенска канила

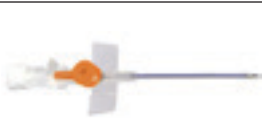





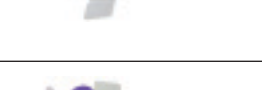
G – Гејџ

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилан, сигуран и јединствен начин успостављања периферног венског пута.

Мјере предострожности

- избјегавати пласирање интравенске каниле у вене које су при палпацији тврде, квржаве, нееластичне или вене у близини зглобова, мјеста на кожи са промјенама (нпр. младеж), мјеста гдје је компромитована циркулација;
- изабрати интравенску канилу која одговара лумену крвног суда и врсти намјене;
- пласирати интравенску канилу у равне вене подлактице недоминантне руке;
- избјегавати пласирање интравенске каниле у вене ноге и стопала због високог ризика за настанак емболије, тромбозе и код пацијената са дијабетесом;
- интравенска канила се не смије пласирати у екстремитете са AV фистулом и лимфедемом;
- кожу прије пласирања каниле дезинфиковати и оставити да се осуши у трајању 30–60 секунди како би се избјегло пецкање приликом пласирања;
- никада не враћати иглу у пластични дио каниле, јер се при том може откинути фрагмент пластике који у крвотоку може узроковати плутајући емболус;
- интравенска канила се уклања одмах након примјене или се, зависно од врсте примјене, мијења у периоду 12–96 сати;
- интравенску канилу испирати искључиво физиолошким раствором (0,9% NaCl), уз претходно обавезну аспирацију;
- испирати интравенску канилу одмах након пласирања, прије и након примјене инфузионог раствора или инјекције, прије или након вађења крви и сваки дан (свака 24 часа), ако није коришћена;
- интравенску канилу обавезно уклонити ако не постоји даља потреба за примјеном;
- послије два неуспјешна покушаја пласирања интравенске каниле треба да се затражи помоћ колеге;
- све контактне површине интравенске каниле обавезно механички пребрисати дезинфекционим средством и оставити да се посуше у трајању од најмање 15 секунди, и то прије испирања 0,9% физиолошким раствором, прије аплицирања инфузије или инјекције.

Канила	Боја	Гејџ	Спољни промјер [mm]	Дужина [mm]	Проток течности [ml/min]	Примјена
	Наранџаста	14G	2.0	50	270	Критично обољели/повријеђени, брзе надокнаде течности, колоиди, трансфузија
	Сива	16G	1.7	50	180	Као и 14G > 5 l/24 h
	Зелена	18G	1.2	45	90	Трансфузије, већи волумени течности, ТПИ, 2–5 l/24 h
	Роза	20G	1.0	33	60	2–3 l/24 h, већи волумени течности и трансфузија
	Плава	22G	0.8	25	30	Већина лијекова и течности, онкологија, педијатрија, 1–2 l/24 h
	Жута	24G	0.7	19	20	Већина лијекова, краће инфузије, осјетљиве ране, педијатрија 1 l/24 h
	Љубичаста	26G	0.7	19	15	Неонатологија

Слика 1. – Врсте интравенских канила

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

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

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- намјестити пацијента у одговарајући положај и осигурати приватност;
- обавити детекцију вене на у коју ће се пласирати интравенска канила.

Материјал и опрема

- тацна или колица;
- интравенске каниле одговарајуће величине (слика 1);
- рукавице за једнократну употребу;
- заштитна компреса или папирна вата;
- Есмархова повеска;
- тупфери вате;
- средство за дезинфекцију коже;
- леукопласт;

- стерилна брызгалица од два или пет милилитара са физиолошким раствором (0,9% NaCl);
- бубрежњак;
- посуде за одлагање оштрих предмета и инфективног отпада.

3.1. Поступак

- изабрати величину интравенске каниле у складу са величином одабране вене, учесталости, врстом и трајањем примјене интравенозне терапије;
- положити руку на равну и чврсту подлогу и поставити заштитну компресу или папирну вату испод руке болесника;
- поставити Есмархову повеску 10–15 cm изнад мјеста предвиђеног за пласирање интравенске каниле (максимално једну минуто);
- палпирати одабрану вену постављањем једног или два прста – кажипрстом и средњим прстом – преко вене уз благи притисак на вену, у циљу процјене еластичности вене и поновног пуњења (вена треба да се осјети као округла, чврста, пуна и еластична);
- замолити пацијента да стисне шаку;
- тупфером натопљеним дезинфекционим средством дезинфиковати подручје убода од центра према периферији;
- послије дезинфекције а прије самог убода дезинфиковано мјесто се не палпира;
- кожу пустити да се суши 30 секунди – чиме се осигурава дезинфекција и спречава пецкање приликом пробијања коже иглом;
- извадити интравенску канилу из заштите и провјерити да канила нема неких пукотина или оштећења;
- палцем недоминантне руке лагано затегнути кожу пацијенту те на тај начин стабилизирати и фиксирати вену у коју пласирамо интравенску канилу;
- доминантном руком прихватити канилу између палца и кажипрста и под углом 5–25° изнад вене и са отвором игле према горе пунктирати кожу, смањити убодни угао тако да игла буде скоро паралелна с кожом и увести канилу у вену;
- пратити иглом венски лумен и посматрати појаву крви у комори интравенске каниле;
- када се крв појави у комори, иглу (мандрен) мало повући ван и наставити уводити пластични дио каниле;
- прстима лагано притиснути врх каниле у вени и извући мандрен до краја, а канилу пласирати у крвни суд цијелом дужином;
- када је канила потпуно у лумену вене, опустити Есмархову повеску и отворити шаку;
- затворити канилу стерилним чепом и фиксирати леукопластом;
- провјерити проходност каниле испирањем каниле, лагано убризгавајући 2–5 ml физиолошког раствора (0,9% NaCl) и пратити реакције пацијента;
- извучену иглу (мандрен) одложити у посуду за одлагање оштрих предмета;
- распремити коришћени материјал и одложити га на адекватан начин;
- скинути и адекватно одложити рукавице те опрати и посушити руке;
- евидентирати датум и вријеме пласирања интравенске каниле уз потпис медицинске сестре – техничара која је извела поступак (слика 2).



Припремити потребан материјал на колицима или таџни.



Поставити повеску и палпирати мјесто убода.



Дезинфиковати мјесто убода.



Пласирати i. v. канилу.



Кад се појави крв у комори каниле, мандрен повући назад.



Отпустити повеску и одстранити мандрен



Фиксирати i. v. канилу и пошприцати физиолошким раствором.



Написати датум и вријеме постављања i. v. каниле.



Прописно одложити оштре предмете.

Слика 2. Поступак пласирања интравенске каниле

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Локалне компликације приликом, за вријеме и после пласирања каниле

Прилог 2. Системске компликације пласирања каниле

4.2. Обрасци

Образац 1. Пласирања, праћења и депласирања интравенске каниле

Табела 1. Локалне компликације приликом, за вријеме и после пласирања каниле

Знаци и симптоми		Могући узроци	Предузети мјере
ХЕМАТОМ	<ul style="list-style-type: none"> – Осјетљивост на мјесту пласирања интравенске каниле – Црвенило 	<ul style="list-style-type: none"> – Пробијање венралног зида вене током пласирања интравенске каниле – Цурење крви кроз иглу 	<ul style="list-style-type: none"> – Уклонити канилу – Притиснути мјесто пласирања интравенске каниле и ставити топлу облогу на том подручју и провјерити да ли крвари – Документовати стање пацијента и спроведену интервенцију – Мјере превенције: Бирати вене које одговарају величини изабране интравенске каниле. Отпустити повеску чим је интравенска канила успјешно пласирана
СПАЗАМ	<ul style="list-style-type: none"> – Бол дуж вене – Слаб проток када је повеска отпуштена – Бијела кожа око вене 	<ul style="list-style-type: none"> – Тешка венска иритација лијековима / надомјесним течностима – Администрирање хладних течности/крви – Веома брз проток (нпр. течности на температури просторије) 	<ul style="list-style-type: none"> – Примижени топле облоге преко и око подручја вене – смањити брзину протока – Мјере превенције: Примјењивати крв и крвне деривате одговарајуће температуре
ТРОМБОЗА	<ul style="list-style-type: none"> – Бол, црвенило, отицање, тромост вене или заустављање интравенског протока 	<ul style="list-style-type: none"> – Оштећење ендотелних ћелија зида вене, које може довести до стварања тромбног угрушка 	<ul style="list-style-type: none"> – Зауставити инфузију и уклонити интравенску канилу – Ставити топлу облогу – Мјере превенције: Примижени одговарајућу технику за пласирање интравенске каниле у циљу спречавања оштећења вена
ФЛЕБИТИС	<ul style="list-style-type: none"> – Локализован бол, црвенило, оток и топла кожа изнад захваћене вене – Тврда вена као „жица“ 	<ul style="list-style-type: none"> – Посљедица инфузије – Посљедица инфекције – Посљедица механичког оштећења 	<ul style="list-style-type: none"> – Зауставити инфузију и уклонити интравенску канилу – Ставити топлу облогу – Мјере превенције: Провјерити више пута мјесто пласирања интравенске каниле. Зауставити апликацију инфузије на појаву првих знакова (црвенило или осјетљивост). Код одраслих, ризик од појаве флебитиса спријечити мијењањем интравенске каниле сваких 72–96 сати
ПАРАВЕНСКИ ИНФИЛТРАТ	<ul style="list-style-type: none"> – Паравенски инфилтрат настаје кад се лијек или надомјесна течност аплицирају изван вене 	<ul style="list-style-type: none"> – Паравенска инфилтрација се дешава када интравенски катетер пробија зид крвног суда, када расте притисак у венама узрокујући цурење око мјеста убода или ако је интравенска канила изван крвног суда 	<ul style="list-style-type: none"> – Зауставити апликацију инфузије и уклонити интравенску канилу

Знаци и симптоми	Могући узроци	Предузети мјере
ОШТЕЋЕЊЕ НЕРВА, ТЕТИВА И ЛИГАМЕНТА <ul style="list-style-type: none"> – Јака бол са мишићним контракцијама – Одложена реакција 	<ul style="list-style-type: none"> – Примјена неодговарајуће технике пласирања интравенске каниле која може оштетити околне нерве, тетиве или лигаменте 	<ul style="list-style-type: none"> – Зауставити процедуру – Мјере превенције: Не покушавати више пута пласирање интравенске каниле на истом мјесту. Не вршити додатни притисак приликом фиксирања интравенске каниле

Табела 2. Системске компликације пласирања каниле

Знаци и симптоми	Могући узроци	Предузети мјеру/е
ОПТЕРЕЂЕНОСТ ЦИРКУЛАЦИЈЕ <ul style="list-style-type: none"> – Нелагода – Респираторни дистрес – Вене врата се шире и постају видљиве – Раст крвног притиска – Пецкање 	<ul style="list-style-type: none"> – Неконтролисан проток инфузионог раствора због опушеног регулатора протока раствора – Погрешна процјена неопходне надомјесне течности 	<ul style="list-style-type: none"> – Терапија кисеоника и лијекова у складу са налогом доктора медицине – Мјере превенције: Чешћа контрола у току примања инфузије
ИНФЕКЦИЈА <ul style="list-style-type: none"> – Грозница, малаксалост, језа без оправданог разлога – Контаминација подручја апликације интравенске каниле, обично без видљивих знакова инфекције 	<ul style="list-style-type: none"> – Непримјењивање асептичне технике приликом пласирања интравенске каниле – Тешки флебитис, представља мјесто за настанак инфекције – Слабо причвршћена интравенска канила споља, што омогућује несметан улазак микроорганизама у крвоток – Пролонгирано држање интравенске каниле – Имунокомпромитован пацијент 	<ul style="list-style-type: none"> – Пратити виталне знакове – Обавијестити доктора медицине – Администрирати прописану терапију – Узети крв за микробиолошко тестирање и брис коришћене опреме – Мјере превенције: Примјена асептичне технике приликом пласирања интравенске каниле и прекида инфузионог раствора – Осигурати сва мјеста контакта – Промијенити инфузиони раствор, интравенску канилу у складу са препорукама – Користити интравенске филтере
ГАСНА ЕМБОЛИЈА <ul style="list-style-type: none"> – Неуједначени дисајни тонови – Респираторни дистрес – Слаб пулс – Пораст централног венског притиска – Пад крвног притиска – Губитак свијести 		

Образац 1. Пласирање, праћење и депласирање интравенске каниле

Увијек поштовати сљедеће:

- пријењивати асептичну технику
- дезинфиковати кожу дезинфекционим средством и оставити да се осуши 30 секунди
- фиксирати канилу одмах након пласирања
- не покушавати више од два пута пласирање i. v. каниле
- избјегавати пласирање i. v. каниле у близини зглобова
- користити i. v. каниле мале величине за примјену терапије
- препоручује се дневно испирање интравенске каниле
- посматрати интравенску канилу и документовати поступак
- замијенити i. v. канилу после 72 часа, уколико не постоји другачији клинички разлог (документовати разлог)

Означити са „X“ руку на којој је успјешно извршена канулација

Навести разлог избора алтернативног мјеста за пласирања интравенске каниле:

Пристанак	Пацијент информисан	Да	Не	Гејч	24/Жута	22/Плава	20/Розе	18/Зелена	16/Сива
Процијенен најбољи интерес за пацијента		Да	Не	Серијски број:					
Датум:	Датум:	Вријеме:	Вријеме:	Датум истека:					

Разлог неуспјеха Покушај 1: _____ Вријеме: _____

Разлог неуспјеха Покушај 2: _____ Вријеме: _____

Процедуре и коришћена опрема

Асептична техника Припрема коже (30 сек.) Фиксирано

Коришћена течност за испирање и количина: _____

ПЕРИФЕРНА ИНТРАВЕНСКА КАНИЛА: ОБАВЕЗНО УКЛОНИТИ КАНИЛУ ОДМАХ АКО СЕ ВИШЕ НЕ КОРИСТИ

Вађење крви _____

Остало (навести): _____

Посматрање	Вријеме	Клиничка индикација	Провера локације	Флебитис скор (ФС*)	Канила фиксирана	Испирање	Коментари	Име и презиме
Дан 1/Датум								
Дан 2/Датум								

Образац 1. Пласирање, праћење и депласирање интравенске каниле

Уклонити интравенску канилу трећи дан, ако више није неопходна
 Дан 3 / Датум

Уклонити интравенску канилу четврти дан, ако више није неопходна / или посматрати и уклонити – интравенска канила може остати и дуже под одређеним околностима
 Дан 4 / Датум

Уклонити и замијенити – посебан разлог да интравенска канила остане пласирана
 Дан 5 / Датум

ИНТРАВЕНСКА КАНИЛА ОБАВЕЗНО СЕ МОРА ДЕПЛАСИРАТИ ПЕТОГ ДАНА

Разлог за уклањање	Да	Не	Канила пласирана	Да	Не
Нема више потребе			Мање од 72 сата		
ФС* скор већи од 2			72–96 сата		
Инфилтрација			Разлог*		
Паравенски инфилтрат					
Остало (навести) Депласирање извршио/ла			Име и презиме (штампаним словима)		Потпис
Датум					

ФС	Мјесто пласирања интравенске каниле без промјена	0	Нема знака флебитиса ПОСМАТРАЊЕ КАНИЛЕ
	Присутан један од знакова: бол или црвенило у близини каниле	1	Први знаци флебитиса ПОСМАТРАЊЕ КАНИЛЕ
	Присутна два знака: бол/црвенило/оток	2	Рани стадијум флебитиса УКЛОНИТИ КАНИЛУ
	Сви знаци су присутни Бол дуж пласиране каниле / црвенило око каниле / оток	3	Средњи стадијум флебитиса УКЛОНИТИ КАНИЛУ / РАЗМОТРИТИ ТРЕТМАН
	Сви знаци су присутни и напредују: Бол дуж пласиране каниле / црвенило око каниле / оток / палпира се тврда вена	4	Напредујући стадијум флебитиса или почетни стадијум тромбофлебитиса УКЛОНИТИ КАНИЛУ / РАЗМОТРИТИ ТРЕТМАН
	Сви знаци су присутни и напредују: Бол дуж пласиране каниле / црвенило око каниле / оток / палпира се тврда вена / температура	5	Напредни стадијум тромбофлебитиса УКЛОНИТИ КАНИЛУ / ЗАПОЧЕТИ ТРЕТМАН

3 ПРЕВЕНЦИЈА И ЊЕГА ДЕКУБИТУСА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак превенције настанка и њега декубитуса код пацијената који се налазе на кућном лијечењу.

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1 Термини

Декубитус – (лат. *decubare* – лежати) представља локално оштећење коже и/или поткожног ткива настало због дејства силе притиска, силе смицања или трења, односно њиховом комбинацијом.

Предилекционо мјесто – мјесто које је највише изложено притиску (слика 1).

Fowlerov положај – полусједећи положај с уздигнутим узглављем за 45° до 90° и ногама савијеним у кољенима.

Антидекубитална помагала – користе се за специфичну дистрибуцију притиска на предилекциона мјеста за настанак декубитуса (антидекубитални душеци, јастуци, пјенасти прекривачи за душеке и приручна кућна помагала).

2.2 Скраћенице

ТПМ – Тим породичне медицине.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: стандардизовати поступак правилне процјене, превенције настанка декубитуса и третмана декубиталне ране.

Мјере предострожности

- смањити притисак на предилекциона мјеста и заштитити проминентна мјеста;
- уколико је потребно, примијенити антидекубитална помагала;
- побољшати периферну циркулацију;
- савјетовати пацијента о правилној исхрани и хидратацији и њези коже;
- ако је уочена појава некротичног ткива и уколико рана не зараста након 14–21 дана, треба што прије да се обавијести надлежни доктор медицине.

Припрема простора, медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Припрема простора

- просторија мора бити свијетла, прозачна и угодне температуре.

Медицинска сестра – техничар

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

Пацијент

- информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- поставити пацијента у одговарајући положај да би рана била што приступачнија;
- ослободити рану од одјеће или пелена.

Материјал и опрема

- материјал за асептичну обраду ране (стерилни завојни материјал и инструменти, ординиране текућине за третирање ране и покривала);
- стерилна бризгалица;
- бубрежњак;
- леукопласт;
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- маска за лице;
- пластични центиметар;
- посуде за одлагање медицинског отпада.

3.1. Поступак

Процјена ризика за настанак декубитуса

- процијенити психофизичко стање пацијента, ниво знања и информисаности, здравствене културе и мотивисаност за лијечење;
- укључује општу инспекцију стања коже (тургор, боја, топлота, пигментација, влажност, хигијена, стање циркулације);
- процијенити ризик за настанак декубитуса употребом једне од доступних скала (Прилог 1–3).

Смањење притиска на предилекциона мјеста и заштита проминентних мјеста

- вријеме проведено у једном положају ограничити на период од 2 сата;
- код промјене положаја пацијента, савјетовати подизање, а не повлачење (демонстрирати);
- минимизирати притисак на коштаном испупчењима тијела и избјегавати постављање пацијента на већ постојећи декубитални улкус;
- при постављању пацијента у одређени положај заштитити предилекциона мјеста антидекубиталним помагалима (слика 2).

Побољшање периферне циркулације

- побољшати периферну циркулацију увођењем активних/пасивних вјежби;
- масирати ризична мјеста (уколико није контраиндиковано).

Савјетовање о правилној исхрани и хидратацији пацијента

- препоручити високопротеинску храну и довољан унос течности;
- препоручити суплементацију витаминима и олигоелементима (уколико нису контраиндиковани).

Процјена декубиталне ране

Правилна класификација декубиталне ране и процјена фактора који утичу на њен настанак представља смјерницу за одређивање третмана који ће омогућити санирање декубиталне ране.

Класификација декубиталне ране

Декубитална рана се најчешће класификује на сљедећи начин (слика 3);

- први степен – топла и црвена кожа на мјестима притиска на подлогу, интегритет коже је још увијек очуван, црвенило блиједи на притисак;
- други степен – оштећење епидермиса и дермиса са појавом буле и ерозије, црвенило не блиједи на притисак;
- трећи степен – захватање поткожног ткива до мишићне фасције са видљивим некротичним дијеловима; рана са непријатним мирисом, а околина хиперпигментисана;
- четврти степен – опсежан декубитус који захвата све слојеве ткива, укључујући и коштану ткиво с пратећом инфекцијом;
- изван класификације – дубина непозната, потпуни губитак ткива код којих је дно потпуно прекривено фибрином (жут, беж, сив, зелен или смеђ).

Обрада и превијање декубиталне ране

- скинути покров са ране;
- визуелно процијенити рану (измјерити величину, локацију, секрецију, мирис, некротично ткиво, изглед ране, гранулације и знакове инфекције);
- направити поређење стања ране у односу на претходни третман;
- процијенити бол;
- збринуту декубиталну рану (према процедури обраде и превијања ране);
- збринуту околну ткиво око декубитуса;
- ставити одговарајуће покривало;
- пратити опште стање пацијента током третмана;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице и одложити у амбалажу за медицински отпад;
- опрати и посушити руке;
- евидентирати поступак.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1 Прилози

1. Norton скала за процјену декубитуса;
2. Braden скала – процјена склоности пацијента за настанак декубитуса;
3. Knoll скала за процјену декубитуса.

4.2 Обрасци

Нема.

Прилог 1. Norton скала

NORTON СКАЛА		
ФАКТОР	ОПИС/СКАЛА	БОДОВИ
Физичко стање	Добро	4
	Задовољавајуће	3
	Лоше	2
	Веома лоше	1
Ментално стање	Свјестан	4
	Апатичан	3
	Конфузан	2
	Ступорозан	1
Кретање/Активности	Хода сам	4
	Хода уз помоћ	3
	Креће се колицима	2
	Стално је у постељи	1
Покретљивост	Потпуна	4
	Благо ограничена	3
	Јако ограничена	2
	Непокретан	1
Инконтиненција	Није присутна	4
	Повремена	3
	Урина	2
	Урина и столице	1
УКУПАН СКОР		
Име и презиме пацијента	Медицинска сестра – техничар	Датум

Бодови се интерпретирају на следећи начин:

- 18–20 бодова: мали ризик
- 15–17 бодова: средњи ризик
- 5–14 бодова: висок ризик за развој декубитуса.

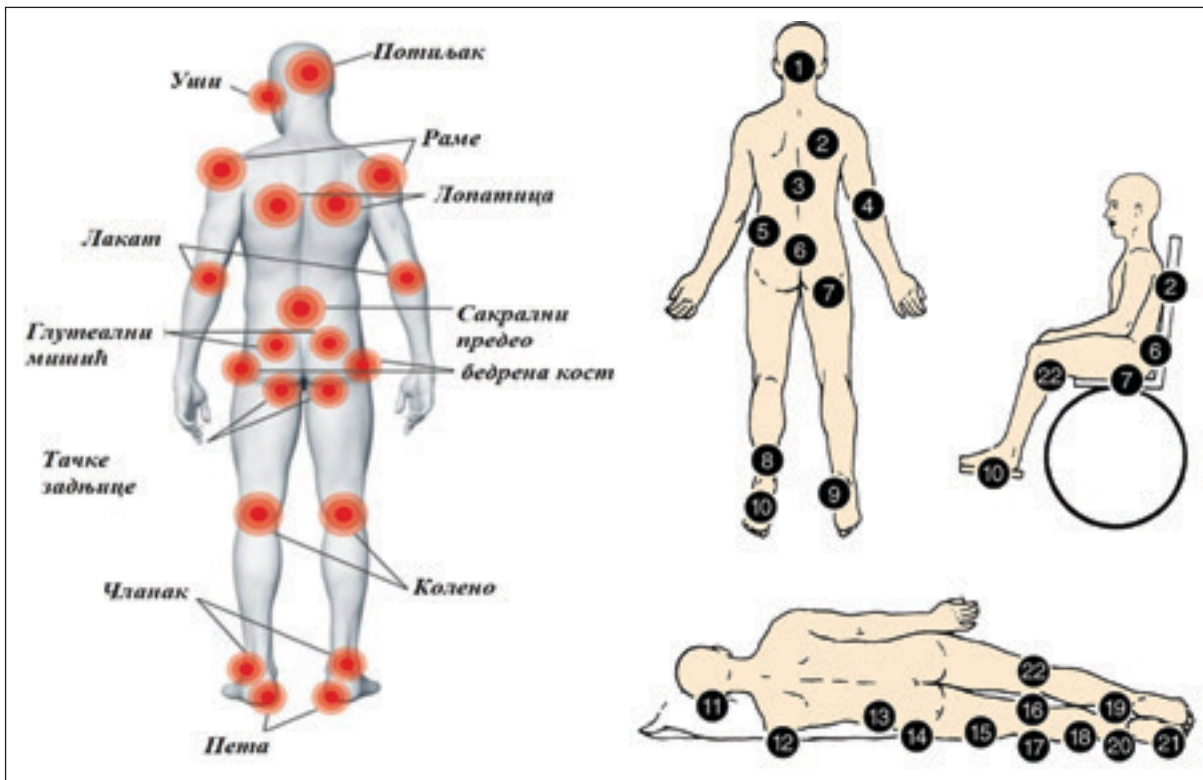
Прилог 2. Braden скала

BRADEN СКАЛА – процјена склоности пацијената за настанак декубитуса						Оцјена (од 1 до 4)
I	СЕНЗОРНА ПЕРЦЕПЦИЈА	1. Комплетно ограничена	2. Врло ограничена	3. Лагано ограничена	4. Без оштећења	
II	ВЛАЖНОСТ	1. Кожа стално влажна	2. Кожа веома влажна	3. Кожа је повремено влажна	4. Кожа ријетко влажна	
III	АКТИВНОСТИ	1. У постељи	2. У столица	3. Повремено хода	4. Често хода	
IV	ПОКРЕТЉИВОСТ	1. Потпуно непокретан	2. Врло ограничена покретљивост	3. Лагано ограничена покретљивост	4. Без ограничења покретљивости	
V	ПРЕХРАНА	1. Веома слаба	2. Вјероватно неадекватна	3. Адекватна	4. Одлична	
VI	ТРЕЊЕ И РАЗВЛАЧЕЊЕ	1. Присутан проблем	2. Потенцијалан проблем	3. Нема проблема		
I + II + III + IV + V + VI = УКУПАН БРОЈ БОДОВА						
Име и презиме пацијената		Медицинска сестра – техничар		Датум		

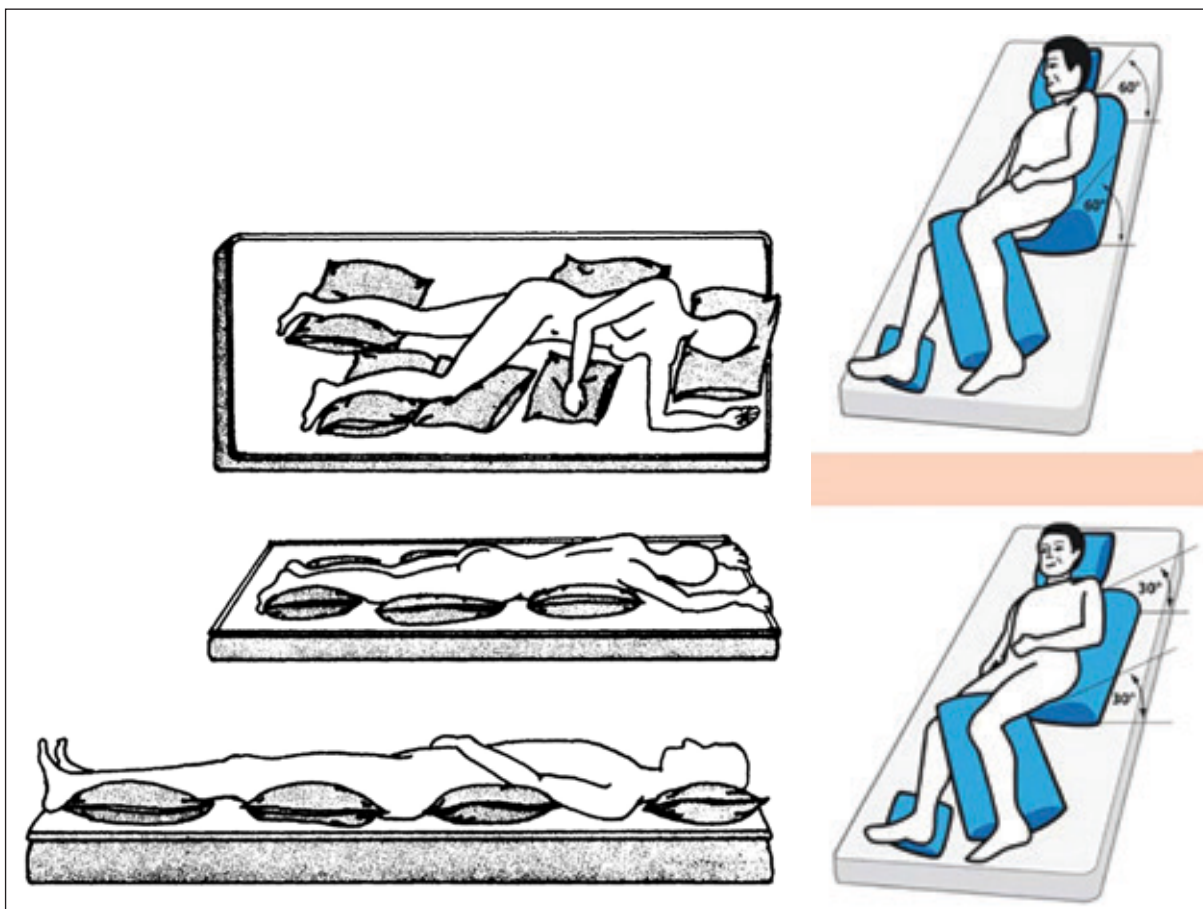
Тумачење скале	
19–23	Нема ризика
15–18	Присутан ризик
13–14	Умјерен ризик
10–12	Висок ризик
9 и мање	Веома висок ризик

Прилог 3. Knoll скала

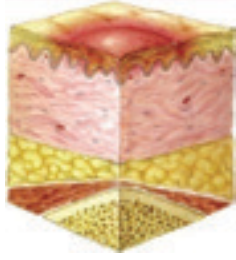

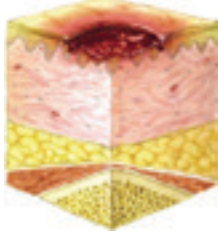

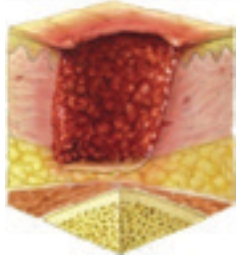
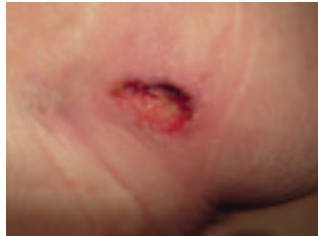
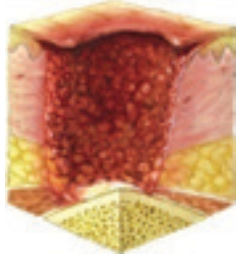



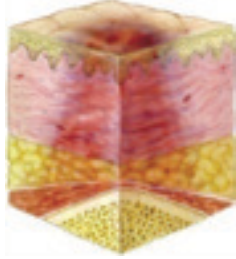

KNOLL СКАЛА					
Фактори	0	1	2	3	Број бодова
Опште стање	Добро	Осредње	Лоше	Јако лоше	
Ментално стање	Свјестан	Ступор	Предкома	Кома	
БОДОВАТИ ДВОСТРУКО					
Активност	Активан	Треба помоћ	Сједи	Лежи	
Покретљивост	Покретан	Ограничена	Јако ограничена	Непокретан	
Инконтиненција	Не	Повремено	Урин	Урин и столица	
Перорална прехрана	Добра	Осредња	Слаба	Ништа	
Перорална течност	Добра	Осредња	Слаба	Ништа	
Предиспонирајуће болести (дијабетес, анемија)	Не	Блага	Слаба	Озбиљна	
УКУПАН СКОР					
> 12	Нема ризика				
< 12	Присутан ризик				
Име и презиме пацијента		Медицинска сестра – техничар		Датум	



Слика 1. Најчешћа предилекциона мјеста за декубитус



Слика 2. Растеретни положај уз примјену средстава подршке

	
I степен декубитуса	
	
II степен декубитуса	
	
III степен декубитуса	
	
IV степен декубитуса	
	
Изван класификације	
	
Суспектна лезија дубоких структура	

Слика 3. Класификација декубиталне ране по Међународном систему класификације декубитуса NPUAP/EPUAP/PPPIA

4 ОБРАДА И ПРЕВИЈАЊЕ РАНА И ЛАКШИХ ОПЕКОТИНА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак правилне и сигурне обраде и превијања ране и лакших опекотина.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.2. Термини

Рана – прекид анатомског и функционалног континуитета ткива.

Хронична рана – она рана која уз стандардне медицинске поступке лијечења и његе не зараста у оквиру осам недјеља.

Опекотине (*combustio*) – повреде коже или поткожних ткива изазване дјеловањем топлоте, електричне струје, хемикалија, трењем или радијацијом.

2.3. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну и безбједну обраду и превијање ране/опекотина.

Мјере предострожности

- обрада и превијање ране треба да се спроводе у амбуланти по налогу доктора медицине;
- придржавати се принципа асепсе и антисепсе приликом превијања ране/опекотина;
- провјерити алергијски статус пацијента – постојање алергије на дезинфекциона средства, лијекове који се користе за локалну употребу, фластер и слично;
- превијања морају бити њежна, с максималном редукцијом бола;
- газом којом се чисти рана не чистити околину ране;
- уколико је кожа око ране промијењена (оштећење, осип, црвенило, оток), користити одговарајуће средство за кожу око ране, према препоруци доктора медицине;
- заштитити рану од спољашњих механичких и хемијских утицаја;
- пажљиво скидати фластер ради превенције оштећења коже, нарочито код старијих пацијената.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

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

Пацијент

- идентификовати пацијента, информисати га о поступку и о важности сарадње;
- намјестити пацијента у одговарајући положај и осигурати му приватност;
- ослободити од одјеће дио тијела пацијента који се превија.

Материјал и опрема

- колица;
- стерилне рукавице;
- нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- маска;
- стерилни инструменти;
- веће стерилне шприце;
- стерилне игле;
- тупфери и стерилне газе различитих величина;
- леукопласт;
- дезинфекциона средства за обраду ране;
- физиолошки раствор собне температуре;
- завоји одговарајуће ширине (6–15 cm) – за превијање главе, шаке, прстију и стопала користи се завој ширине 6 cm, за превијање рамена, надлактице, подлактице и поткољенице завој 10 cm ширине и за превијање грудног коша и наткољенице користи се завој 15 cm ширине;
- хидроколоидни завоји;
- маказе;
- станицид или вазелинска газа;
- вата;
- амбалажа за инфективни и комунални отпад;
- бубрежњак.

3.1 Превијање ране

- уклонити завојни материјал и газу с ране те га одложити у амбалажу за одлагање инфективног отпада. Уколико су завојни материјал и газа залијепљени за рану, ослободити их квашењем стерилним физиолошким раствором;
- бубрежњак поставити тако да се течност и ексудат из ране сливају у њега;
- прегледати, скинути завој и регистровати количину, врсту, боју и мирис секрета ране;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице;
- стерилним инструментом узети тупфер газе натопљен физиолошким раствором и кружним покретима рану очистити од средишта према рубовима (један тупфер, један потез);

- затим узети тупфер натопљен дезинфекционим средством и поновити поступак чишћења неколико пута, користећи сваки пут нови стерилни тупфер;
- уколико је рана инфицирана, испирање вршити физиолошким раствором и дезинфекционим средством под млазом са удаљености од 2 до 5 cm, пазећи да млаз не буде сувише јак како се не би оштетило ткиво у рани;
- кожу око ране очистити физиолошким раствором и посушити сувом стерилном газом;
- на рану ставити облогу користећи метод „влажно на влажно“, која ће да апсорбује некротично ткиво и дренирани садржај;
- на рану ставити ординирани облог и заштитити вишеслојном стерилном газом;
- газу фиксирати завојем или леукопластом;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице, опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.2 Превијање и обрада ране са дренажом

- очистити подручје око дрена како је описано под тачком 3.1;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице;
- двије стерилне компресе газе величине 10 x 10 cm расјећи према средини;
- поставити газе око дрена тако да прекривају рану а прорез окружује дрена те их фиксирати леукопластом;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице и опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.3 Превијање ране са фибринским наслагама

- очистити рану како је описано под тачком 3.1;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице;
- на рану ставити ензимски препарат према упутству доктора медицине и прекрити стерилном газом;
- у зависности од степена ексудације (слаба или јака), примјењује се превијање рана у временском интервалу на 6 или на 12 сати; ако је локализација ране таква да се завој често кваси урином или се прља фекалијама, потребно је и чешће превијање;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице и опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.4 Превијање и обрада огреботине и огуљотине

- опрати околинину ране топлом водом и сапуном, повријеђени дио посушити стерилном газом;
- пребрисати околинину ране алкохолом и извршити дезинфекцију;
- огуљотину пребрисати дезинфекционим средством и оставити отворену да се суши (нема потребе превијати);

- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице и опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.
- Напомена: На тржишту је присутно мноштво специфичних покрова који се примјењују према врсти рана, односно према стадијуму зарастања ткива. Правилан избор покрова од пресудне је важности за процес изљечења хроничне ране.

3.5 Превијање и обрада лакших опекотина

- очистити рану како је описано под тачком 3.1;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице;
- уколико је опекотина са оштећеним интегритетом коже, стерилним инструментом и тупферима газе њежно уклонити сав ексудат, лабаве скраме и могуће нечистоће;
- третман опекотине обављати по инструкцији доктора медицине;
- на рану ставити ординирани покров и заштитити вишеслојном стерилном газом, тако да она прекрива оштећену површину коже преко рубова најмање 1 cm и фиксирати газу леукопластом или завојем;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице и опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: Лакше опекотине су опекотине I и II-A степена и третирају се амбулантно. Приликом наредних превијања није неопходно присуство доктора медицине, изузев у ситуацијама када постоје евидентни знаци инфекције опеченог подручја (црвенило околине, појачана секреција, присуство гноја, задах, итд.) – у том случају обавијестити доктора медицине.

4 ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

5 ТРЕТМАН УЛКУСА ДИЈАБЕТЕСНОГ СТОПАЛА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром стандардизује се поступак његе дијабетесног стопала код пацијента са улкусом.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Хронични венски улкус (Ulcus cruris) – отворена венска рана локализована на кожи доњег дијела поткољенице, која у највећем броју случајева настаје као резултат хроничне венске инсуфицијенције.

Дијабетесно стопало – стопало код пацијента обољелог од дијабетес мелитуса, које је нарушеног функционалног интегритета због инфекције ране и разарања ткива те оштећења живаца и крвних судова ногу.

2.2. Скраћенице

ДМ – Дијабетес мелитус

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: јединствен и сигуран приступ третирању улкуса стопала.

Мјере предострожности

- ако је уочена појава некротичног ткива, треба да се контактира доктор медицине;
- рану не излагати притиску и сталној иритацији.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати, дезинфиковати и осушити руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу;
- обући прегачу за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- намјестити пацијента у одговарајући положај и осигурати приватност.

Материјал и опрема

- прегача за једнократну употребу;
- компресе за једнократну употребу;
- папирна вата (целштоф);
- маска;
- стерилне и нестерилне рукавице;
- стерилне газе различитих величина;
- завој;
- леукопласт;
- стерилни инструменти (пеан, пинцета, маказе);
- веће шприце за једнократну употребу;
- посуда за одлагање употребљених инструмената;
- физиолошки раствор собне температуре;

- антисептик ординира од стране доктора медицине;
- одговарајућа покривала ординира од стране доктора медицине (полиуретански филмови и пјене);
- хидроколоиди, хидрогел, алгинати, нељепљиве контактне мрежице итд.;
- бубрежњак;
- амбалажа за инфективни и комунални отпад.

3.1. Поступак

Индикација за третирање дијабетесног стопала у кући одређује се на основу степена лезије (*Wagnerov* класификациони систем улкуса на дијабетесном стопалу) – табела 1.

- материјал потребан за третман поставити надохват руке;
- поставити компресу испод стопала које ће се третирати;
- уклонити с улкуса (слика 1 и 2) завојни материјал и газу (ако је улкус већ третиран), те га одложити у амбалажу за одлагање инфективног отпада;
- уколико су завојни материјал и газа залијепљени за рану, ослободити их квашењем стерилним физиолошким раствором;
- бубрежњак поставити тако да се течност и ексудат из ране сливају у њега;
- навући физиолошки раствор у стерилну шприцу, те са удаљености 2–5 cm испрати улкус, пазећи да млаз не буде сувише јак како се не би оштетило ткиво у рани;
- стерилним инструментом узети тупфер стерилне газе, преузети га стерилним пенаом и натопити физиолошким раствором (пазећи да се врхом боце не дотакне тупфер), те кружним покретима рану чистити од средишта према рубовима (један тупфер, један потез);
- поступак поновити више пута, користећи сваки пут нови стерилан тупфер;
- третирати рану антисептиком који треба да се остави на рани одређено вријеме;
- кожу око улкуса очистити физиолошким раствором и посушити сувом стерилном газом (слика 3);
- рану заштитити вишеслојном стерилном газом (слика 4);
- газу фиксирати завојем и леукопластом (слика 5);
- скинути рукавице, маску и прегачу и одложити их на прописан начин и опрати руке;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- евидентирати спроведену активност.

Табела 1. Степен лезије

Степен	Лезија
0	Нема отворене ране, постоји деформитет стопала и локално црвенило коже.
1	Површни дијабетесни улкус (дјелимичне или потпуне дебљине).
2	Рана сеже на лигамент, тетиве, капсулу зглоба без апсцеса или остеомијелитиса.
3	Дубоки улкус са апсцесом, остеомијелитисом или гнојењем у зглобу.
4	Гангрена локализована на прстима, предњем дијелу стопала или пети.
5	Екстензивна гангрена која захвата цијело стопало.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.



Слика 1. Уклонити с улкуса завојни материјал



Слика 2. Уклонити с улкуса газу



Слика 3. Третирати рану антисептиком



Слика 4. Рану заштитити вишеслојном стерилном газом



Слика 5. Газу фиксирати завојем и леукопластом.

6 НЬЕГА ОСТОМИЈА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак њега остомиија (колостоме, илеостоме, уростоме, цистостоме и нефростоме).

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1 Термини

Остомиија – хируршки обликован отвор за испуштање тјелесних излучевина (столица, фецес, урин).

Стома – крај танког или дебелог цријева и мокраћовода који излази кроз трбушни зид (абдомен).

Колостома – хируршки формиран отвор дебелог цријева (асцедентни или трансверзални колон) на зиду стомака.

Илеостома – хируршки формиран отвор завршног дијела танког цријева на зиду стомака.

Уростома – спој између мокраћног (уринарног) тракта и трбушног зида. Служи за евакуацију урина (мокраће).

Цистостома – постављање танке цјевчице/катетера у мокраћну бешику кроз мален отвор у кожи супрапубичне регије ради евакуације урина из мокраћне бешике.

Нефростома – постављање танке цјевчице/катетера у бубрег кроз мален отвор у кожи лумбалне регије ради евакуације урина из бубрега који се није могао испразнити природним путем.

2.2 Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну и сигурну његу остомиија.

Мјере предострожности

- отвор кесе и/или подложне плоче прилагодити величини стоме како би се избјегло цурење фекалног/уринарног садржаја;
- кесу промијенити одмах уколико дође до цурења њеног садржаја;

- кеса се редовно мијења код илеостоме и колостоме између два и четири часа након оброка, а према потреби и чешће, зависно од врсте прехране и осјећаја пацијента;
- код дводијелних система, подложна плоча се мијења сваких три до пет дана, у случају потребе и чешће, док се кеса мијења свакодневно;
- кесу или подложну плочу не одвајати нагло како би се избјегла иритација коже око стоме и појава црвенила, крварења, свраба, боли и печења;
- ткиво стоме и кожа око ње не смије се чистити иритирајућим средствима (алкохол, водород и сл.) и влажним марамницама које нису намијењене за његу стоме;
- обавијестити доктора медицине у случају да постоперативно стање стоме одступа од нормалног (прилог 1);
- обавијестити доктора медицине у случају интензивног крварења стоме приликом чишћења или у случају да ткиво стоме и околна кожа одступају од нормалног изгледа и боје (прилог 2);
- избјегавати снажне притиске кесе на стому, јер се може оштетити ткиво или кожа око ње.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- провјерити налог/налаз доктора медицине;
- опрати руке, ставити маску и навући рукавице.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку и важности сарадње;
- намјестити га у адекватан положај – лежећи или Fowlerov (сједећи или полусједећи) положај.

Материјал и опрема

- параван;
- колица/тацна за материјал;
- мјерило за стому;
- једнодијелни систем за стоме (самољепљиве кесе са подложном плочом) или дводијелни (кеса је одвојена и причвршћује се на подложну плочу);
- маказе;
- дезинфекциона средства за обраду ране;
- физиолошки раствор собне температуре;
- стерилни инструменти (пеан, пинцета);
- папирни убрус;
- бокал са топлом водом;
- рН неутрални сапун или влажне марамнице за његу стоме;
- средство за уклањање љепила;
- нестерилна газе или тупфери;
- стерилна газе или тупфери;

- апсорбирајуће стерилне компресе;
- хипоалергијски фластер/леукопласт;
- бубрежњак или посуда за одлагање употријебљеног материјала;
- стерилне и једнократне рукавице;
- маска;
- амбалажа (кесе) за збрињавање комуналног и инфективног отпада.

3.1 Њега колостоме и илеостоме

- представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- објаснити пацијенту / члану породице сваки корак начина извођења поступка како би био оспособљен за самостално извођење поступка;
- осигурати приватност пацијента;
- пацијентов стомак ослободити од одјеће;
- уклонити стару кесу или подложну плочу, повлачећи једном руком руб кесе или подложне плоче притишћући кожу према доље, а другом руком притишћући кожу близу подлоге. Код особа са израженом маљавошћу, уклањање кесе се врши у смјеру раста длаке;
- одложити врећицу у комунални отпад, а уколико се ради о потенцијално заразnoj или заразnoj столици, кесу одложити у инфективни отпад;
- фекални садржај са стоме и околне коже пажљиво обрисати папирним убрусом;
- опрати кожу око стоме уклањајући остатке љепила од претходне кесе или подложне плоче помоћу топле воде, рН неутралног сапуна, односно влажних марамица за његу стоме или употребом средства за уклањање љепила. Кожу затим добро испрати и посушити њежним тапкањем те оставити да се стома добро осуши;
- прије стављања нове кесе, провјерити изглед ткива стоме и околне коже;
- помоћу мјерила за стому одредити њен промјер и величину;
- код једнодијелног система, величину стоме означити на полеђини папира заштитне подлоге или код дводијелног, величину стоме обиљежити на полеђини папира подложне плоче и кесе, а затим изрезати отвор на кеси и/или подложној плочи;
- центрирати кесу или подложну плочу у односу на стому, а затим лагано притиснути кесу или подложну плочу на кожу стомака. Код дводијелних система, кесу утиснути у отвор диска подложне плоче;
- провјерити приањање кесе или подложне плоче са кесом и пацијента смјестити у удобан или принудан положај;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал и опрему;
- скинути рукавице и маску и опрати руке;
- прозрачити просторију;
- евидентирати спроведени поступак.

3.2 Њега уростомија

- представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- објаснити пацијенту / члану породице сваки корак начина извођења поступка како би био оспособљен за самостално извођење поступка;
- осигурати приватност пацијента;
- смјестити пацијента у одговарајући положај (лежећи);
- заштитити подлогу/постељину (ставити компресу и ПВЦ фолију);
- лагано уклонити постојећу (стару стому) врећицу и подлогу стоме;
- кожу опрати млаком водом и неутралним рН сапуном или влажним марамцама за његу стоме;
- кожу добро посушити лаганим тапкањем;
- измјерити – узети шаблон величине стоме;
- изрезати подложну плочу на тачну мјеру и облик стоме како би она пристајала око стоме;
- уклонити заштитну фолију, подложну плочу поставити око стоме, те прстима са горње стране ка доље притиснути и поравнати плочу на кожу;
- поставити врећицу на подложну плочу тако да прстима одоздо према горе притиснемо прстен;
- затварање је потпуно готово када се чује „клик“;
- провјерити приањање кесе или подложне плоче са кесом и пацијента смјестити у удобан или принудан положај;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал и опрему;
- скинути рукавице и маску и опрати руке;
- прозрачити просторију;
- евидентирати спроведени поступак.

3.3 Њега цистостоме и нефростоме

- представити се, идентификовати пацијента, објаснити поступак и допустити питања;
- објаснити пацијенту / члану породице сваки корак начина извођења поступка како би био оспособљен за самостално извођење поступка;
- осигурати приватност пацијента;
- смјестити пацијента да легне на леђа (за катетер за цистостому) или на страну супротно од катетера (за катетер за нефростому);
- заштитити подлогу/постељину (ставити компресу и ПВЦ фолију);
- мјесто превијања ослободити од одјеће;
- уклонити траку око катетера и затим уклонити влажан или прљав завој;
- скинути једнократне рукавице, адекватно одложити, опрати руке и навући стерилне рукавице;

- стерилним инструментом узети тупфер газе натопљен физиолошким раствором и кружним покретима рану чистити од средишта (мјеста инсерције) према рубовима (један тупфер, један потез);
- затим узети тупфер натопљен дезинфекционим средством и поновити поступак чишћења неколико пута, користећи сваки пут нови стерилни тупфер;
- након чишћења поставити стерилну компресу и учврстити је леукопластом;
- залијепити катетер леукопластом за спољашњи дио трбушног зида да би се спријечило затезање катетера;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал и опрему;
- скинути рукавице и маску и опрати руке;
- прозрочити просторију;
- евидентирати спроведени поступак.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Прилог 1. Нормална постоперативна стања и одступања према врсти стоме

Прилог 2. Нормалан изглед стоме и одступања



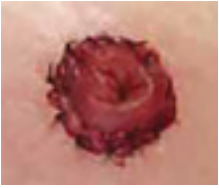

4.2. Обрасци

Нема.

Прилог 1. Нормална постоперативна стања и одступања према врсти стоме

Врста стоме	Нормално стање	Одступање од нормалног
Колостома	Пролазни флатус (вјетрови) је први знак након операције. Мекана и формирана столица, 1–3 дневно, а у постоперацијском периоду столица може бити текућа.	Затвор/опстипација– траје дуже од два дана. Опструкција – није повезана са болом / повраћањем / надутошћу стомака Пролив. Крв помијешана с фецесом.
Илеостома	Конзистенција столице може варирати између кашасте и течне. Вјетрови су нормални током првих 48 часова након операције. Примјеса воде и жучне боје – нормална у првих неколико дана након операције. Количина фецеса у току прва 24 часа износи 500–800 ml.	Затвор/опстипација – дужи од 12 часова. Крв помијешана с фецесом.

Прилог 2. Нормалан изглед стоме и одступања

Нормално	Одступање од нормалног
Боја стоме	
 <p>Роза/црвена/топла на додир</p>	 <p>Црна/тамна/блиједа</p>
Кожа	
 <p>Кожа око стоме интактна.</p>	 <p>Болна/улцерозна/упаљена/оштећена</p>
Оток	
У постоперативном периоду стома је одређено вријеме (до 6 недјеља) увећана	Изненадно и без посебног разлога отицање стоме
Крварење	
Крварење у траговима приликом чишћења стоме.	Обилно крварење приликом чишћења стоме/крв присутна у кеси/крварење из стоме.

7 ТОАЛЕТА ТРАХЕОСТОМЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром обезбјеђује се јединствен и сигуран начин извођења тоалете трахеостоме.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Трахеотомија – хируршки захват којим се отвара предњи дио трахеје да би се обезбиједило дисање.

Трахеостома – вјештачки створен отвор на предњем дијелу трахеје. Може бити привремена или трајна.

2.2 Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Обезбиједити правилну и сигурну његу трахеостоме.

Тоалета трахеостоме састоји се од сљедећих поступака: чишћење стоме и спољашње каниле, аспирација секрета из дисајних путева, чишћење унутрашње каниле, промјене каниле, те промјене траке за фиксацију каниле.

Мјере предострожности

- њега трахеостоме проводи се свакодневно, посебно првих дана након операције, и то због повећаног лучења секрета из слузнице у близини ране;
- након чишћења кожа у околини хируршке ране мора се добро осушити.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

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

Пацијент

- објаснити пацијенту поступак, дозволити питања те поставити пацијента у одговарајући положај.

Материјал и опрема

- колица/тацна;
- маске и нестерилне рукавице за једнократну употребу;
- стерилне рукавице;
- стерилни инструменти;
- стерилне бризгалице различитих величина;
- тупфери и стерилне газе различитих величина;
- завој или трака за фиксацију каниле;
- дезинфекциона средства за обраду ране;
- физиолошки раствор собне температуре;
- аспирациони апарат;
- стерилни аспирациони катетери;
- извор кисеоника (боца, шински систем);
- маказе;
- четкица за прање каниле;
- целштоф;

- амбалажа за инфективни и комунални отпад;
- бубрежњак.

3.1 Чишћење стоме и спољне каниле

- смјестити пацијента у полусједећи положај – уколико то његово стање дозвољава;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице;
- стерилним инструментом узети тупфер газе натопљен физиолошким раствором и кружним покретима рану чистити од средишта према рубовима (један тупфер, један потез);
- обрисати пацијентов врат испод ивица тубуса за трахеостому и испод фиксацијске траке;
- затим узети тупфер натопљен дезинфекционим средством и поновити поступак чишћења неколико пута, користећи сваки пут нови стерилни тупфер;
- након завршетка чишћења зону посушити стерилним тупфером;
- збринути пацијента и поставити га у одговарајући положај;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице, опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.2 Аспирација секрета из дисајних путева

- смјестити пацијента у полусједећи положај – уколико то његово стање дозвољава;
- провјерити виталне знакове пацијента;
- заштити груди пацијента целштофом;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;
- навући стерилне рукавице;
- стерилним аспирационим катетером одговарајуће величине (не већи од половине унутрашњег пречника трахеостоме) повезаним са аспиратором вршити аспирацију секрета;
- никада не вршити аспирацију дуже од 10 секунди, да не би дошло до хипоксије пацијента;
- уколико је секрет густ, катетер очистити урањајући га у физиолошки раствор уз сукцију;
- при извођењу аспирације посматрати пацијента и допустити му да се одмара између сукција;
- након аспирације збринути пацијента;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице, опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.3 Чишћење унутрашње каниле

- смјестити пацијента у полусједећи положај – уколико то његово стање дозвољава;
- скинути рукавице, опрати, посушити и дезинфиковати руке;

- навући стерилне рукавице;
- недоминантном руком скинути и адекватно одложити завој трахеостоме те откључати унутрашњу канилу тубуса за трахеостому (ротирањем и окретањем у супротном смјеру од кретања казаљки на сату);
- одложити канилу у дезинфекционо средство;
- доминантном руком опрати унутрашњу канилу четком;
- након прања потопити канилу у физиолошки раствор и држати 10 секунди, да се испере;
- прегледати да ли је канила очишћена те поновити чишћење ако није;
- чисту канилу лаганим лупкањем о стерилну компресу/газу ослободити вишка течности;
- вратити канилу у тубус пацијента и поставити је на мјесто;
- збринути пацијента и поставити га у одговарајући положај;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице, опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

Напомена: Унутрашње каниле могу бити и за једнократну употребу те је поступак једноставнији, само се новом канилом замијени заплъана, која се адекватно одложи.

3.4 Промјена каниле

- промјена каниле зависи од индивидуалних потреба пацијента и од саме каниле.

3.5 Промјена траке за фиксацију каниле

- смјестити пацијента у полусједећи положај – уколико то његово стање дозвољава;
- уколико се не користи комерцијално паковање за фиксирање трахеостоме, припремити траку/завој;
- замолити пацијента / члана породице / старатеља да придржи тубус трахеостоме да би се спријечило испадање током поступка промјене трака за фиксацију;
- одвезати или исјећи прљаве траке маказама;
- везати траке за канилу са обје стране те замолити пацијента да савије врат и завезати их;
- након везања трака провјерити да ли су добро фиксирани (да трака није превише стегнута односно да канила није довољно учвршћена);
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути маску и рукавице, опрати руке;
- евидентирати спроведени поступак.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

8 ПЛАСИРАЊЕ, ТОАЛЕТА И ДЕПЛАСИРАЊЕ УРИНАРНОГ КАТЕТЕРА КОД ЖЕНА

1 ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет

Овом процедуром дефинише се поступак пласирања, депласирања и едукација пацијената и чланова породице или блиских особа о њези уринарног катетера код жена.

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3 Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4 Искључења

Овом процедуром се не описује поступак пласирања и депласирања уринарног катетера код мушкараца.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1 Термини

Катетеризација мокраћне бешике – поступак пласирања уринарног катетера у мокраћну бешику ради евакуације (пражњења) урина из мокраћне бешике. Постоје два типа катетеризације: привремена/интермитентна (катетер се одмах након пражњења мокраћне бешике депласира) и трајна/перманентна (катетер остаје у мокраћној бешици неколико сати, дана или мјесеци).

Уринарни катетер – шупља цијев која може бити од силикона, полиуретана – ПВЦ или тефлона.

2.2 Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: Осигурати правилан и безбједан начин пласирања и депласирања уринарног катетера код жена.

Мјере предострожности

- интервенција се изводи уз строго поштовање принципа асепсе и антисепсе;
- изабрати катетер чијом се примјеном уретрална траума, болови, nelaгода, могућност испадања и опструкција своде на минимум;
- приликом пласирања катетера користи се стерилни водени лубрикант (за једнократну или вишедозну примјену);
- посебна мјера опреза потребна је приликом примјене лубриканата који садрже анестетик, јер је његова примјена контраиндикована код пацијената са преосјетљивошћу на анестетике, пацијената са оштећеном или уретралном мембраном која крвари, код пацијената који у терапији користе антиаритмике, са ослабљеном функцијом срца, инсуфицијенцијом јетре или епилепсијом;

- обавезно водити документацију о пласирању и депласирању или праћењу уринарног катетера (прилог 2)
- катетери намијењени за жене никада се не смију користи за катетеризацију мушкараца, јер њиховом примјеном могу настати озбиљна оштећења простатичне уретре;
- кесе за урин које су намијењене за причвршћивање на ногу најбоље је причврстити помоћу ремена предвиђеног за ту намјену;
- у балон катетера не убризгавати текућу воду из славине, јер може изазвати инфекцију мокраћне бешике или физиолошки раствор, јер може изазвати настајање кристалних формација у мокраћном каналу;
- у балон катетера не убризгавати више стерилне воде за инјекције него што је то препоручено од стране произвођача;
- прије промјене кесе за урин обавезно спровести хигијену руку;
- увијек приликом стављања или скидања уринарног дренажног система (кесе за урин) поштовати мјере асепсе и антисепсе;
- кесе за дренажу урина не стављати на под и увијек их постављати испод нивоа мокраћне бешике како би се спријечило враћање урина у мокраћну бешику;
- кесе за урин са испустом мијењају се најмање сваких 5–10 дана или у складу са препорукама произвођача;
- кесе за урин без испуста или кесе за ногу празне се када се напуне до 2/3 волумена кесе;
- у кесе за урин ради отклањања неугодних мириса не сипати антисептична дезинфекциона средства;
- катетер мијењати када је то клинички неопходно или у складу са препорукама произвођача, али не дуже од 12 недјеља.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- опрати руке или утрљати антисептик на бази алкохола, ставити маску и рукавице за једнократну употребу.

Пацијенткиња

- идентификовати пацијенткињу;
- потребно је обезбиједити потписану сагласност пацијенткиње за извођење процедуре (информисани пристанак пацијенткиње);
- информисати пацијенткињу о поступку и важности сарадње и допустити питања;
- утврдити да ли су постојали проблеми приликом ранијег пласирања катетера;
- утврдити да ли је пацијенткиња алергична на неки од материјала од којих се израђују катетери (нпр. латекс)
- осигурати добро освијетљену просторију;
- поставити пацијенткињу у одговарајући положај и осигурати приватност.

Материјал и опрема

- параван;
- колица/тацна;

- стерилне и нестерилне рукавице;
- маска;
- једнократна заштитна кецеља;
- компресе;
- катетери одговарајуће величине и врсте (привремени/интермитентни и трајни)
 - прилог 1;
- стерилни тупфери;
- стерилни физиолошки раствор за пребрисавање;
- стерилни лубрикант (једнократни или вишедозни);
- стерилан пеан;
- вода за инјекције;
- урин кеса (одговарајуће намјене и величине);
- леукопласт трака;
- мушема;
- ноћна посуда / лопата;
- бокал са топлом водом;
- неутрални сапун;
- папирна вата;
- посуда за комунални и инфективни отпад.

3.1 Поступак пласирања уринарног катетера код жена

Поступак пласирања уринарног катетера спроводи се на сљедећи начин:

- поставити пацијенткињу у гинеколошки положај (кукови су у абдукцији са кољенима у флексији), стопала ослоњених на подлогу, са ногама размакнутим за око 60 cm. Уколико се пацијенткиња не осјећа угодно у наведеном положају, поставити је у положај са једном ногом савијеном у кољену, а другом опруженом на подлогу;
- спровести тоалету гениталне и аналне регије, прање водом и неутралним сапуном, постављањем испод глутеалне регије мушеме и ноћне посуде;
- након прања, папирном ватом посушити гениталну и аналну регију;
- на адекватан начин одложити коришћени материјал;
- скинути рукавице и опрати руке или утрљати антисептик на бази алкохола;
- испод пацијенткиње поставити компресу;
- опрати руке или утрљати средство на бази алкохола и навући стерилне рукавице;
- пеаном узети стерилан тупфер натопљен стерилним физиолошким раствором, раздвојити мале усне како би се видјело уретрално ушће и обрисати једну страну уретралног ушћа једним покретом одозго надоље. Поступак поновити на другој страни другим стерилним тупфером, а трећим стерилним тупфером обрисати директно преко уретралног отвора;
- пласирати лубрикант гел на уретру;
- скинути рукавице и опрати руке или утрљати средство на бази алкохола;
- навући стерилне рукавице;
- примјењујући асептичну технику, ставити кесу за урин на катетер, при томе водећи рачуна о томе да највећи дио катетера остане у стерилном паковању;

- катетер пласирати на начин да се палац и средњи прст недоминантне руке поставе на велике усне, а врх кажипрста је на отвору мокраћне цијеви;
- врх катетера прислонити уз уретрално ушће и катетер уводити у мокраћну цијев у правцу према горе и назад, без примјене силе, док катетер не уђе мокраћну бешику. Мокраћна цијев код жена има дужину 3–5 cm, а катетер улази укупном дужином од око 10 cm;
- са преосталог катетера, а да се не контаминира, скинути преостали заштитни слој;
- уколико је катетер у мокраћној бешици у систему за дренажу урина (кесе за урин), појављује се урин;
- појава урина у дренажном систему потврда је да је катетер у мокраћној бешици и тек након тога, кроз посебан наставак катетера, убризгава се помоћу шприце стерилна вода за инјекције (стандардно 5 ml или по препоруци произвођача). Катетери за једнократну или привремену намјену обично су без балона;
- провјерити да ли пацијенткиња осјећа нелагоду или да ли постоји назнака за неку врсту нелагоде;
- повући катетер лагано до појаве отпора и причврстити дренажни систем леукопластном траком за бедро пацијенткиње тако да се катетер не затеже приликом покретања;
- код амбулантних пацијенткиња, непокретних, кесу за урин фиксирати на држачу за лежај или кревет, а код покретних пацијенткиња, фиксирати катетер за ногу помоћу ремена предвиђеног за ту намјену;
- поново провјерити да ли се урин дренира у кесу за урин;
- све вријеме трајања поступка очувати дигнитет пацијенткиње, а по завршетку интервенције збринуту пацијенткињу.
- уколико се не ради о једнократним или привременим катетерима који се одмах по завршетку процедуре депласирају, депласирати катетер у складу са начином описаним под тачком 3.3. *Депласирање уринарног катетера*.
- код катетера са дугорочном намјеном договорити наредни термин посјете за надзор или депласирање/пласирање новог катетера;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- скинути рукавице и маску, одложити их на прописан начин и опрати руке или утрљати антисептик;
- евидентирати спроведену активност.

3.2 Депласирање уринарног катетера

Депласирање уринарног катетера спроводи се на сљедећи начин:

- поступак извести у добро освијетљеном простору;
- упознати се ако су постојали ранији проблеми везани за катетеризацију, алергијске реакције и др.
- поставити пацијенткињу у одговарајући положај, покрити је и очувати дигнитет;
- опрати руке или дезинфиковати утрљавањем антисептика на бази алкохола;
- осигурати сав неопходан материјал за извођење поступка (наведен под дијелом Материјал и опрема);
- провјерити на ранијем обрасцу евиденције колико је убризгано стерилне воде за инјекције;
- открити пацијенткињу и поставити мушему / водоотпорну простирку под глутеалну регију;
- ставити рукавице за једнократну употребу;

- причврстити стерилну шприцу на наставак за пуњење балона ради аспирирања воде из балона,
- замолити пацијенткињу да дише дубоко и кратко ради опуштања сфинктера и спречавања спазма и у фази издисања њежно али полако повлачити катетер ка ван;
- катетер се повлачи доминантном руком, а у недоминантној руци је стерилна компреса преко које се превлачи катетер;
- очистити уретрално ушће стерилним тупфером натопљеним физиолошким раствором,
- скинути рукавице одложити их на прописан начин и опрати руке;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- опрати руке или дезинфиковати утрљавањем антисептика на бази алкохола;
- евидентирати спроведену активност.
- уколико је неопходно, пласирати нови катетер а спровести поступак онако како је описано под тачком 3.2. *Поступак пласирања уринарног катетера код жена.*

3.3. Едукација о њези уринарног катетера

У циљу одржавања услова којима се спречава настанак инфекције као посљедица катетеризације, неопходно је спровести едукацију пацијенткиња на кућном лијечењу и чланова њихове породице или неког блиског о најмање сљедећим темама:

- одржавање хигијене руку (топлом водом и сапуном или утрљавањем антисептика на бази алкохола);
- навлачење рукавица и скидање рукавица и одлагање на адекватан начин;
- свакодневна њега аногениталне регије (топлом водом и сапуном);
- положај кесе за урин;
- пражњење кесе за урин са отпустом или мијењањем једнократне кесе;
- постављање нове кесе за урин;
- упознавање пацијената и чланова њихове породице са могућим компликацијама везаним за катетеризацију;
- упознавање са неопходним дневним уносом течности;
- упознавање са одступањима од нормалног физичког изгледа урина (изглед и боја);
- упознавање са коришћењем права по основу осигурања и набавке неопходних медицинских средстава на терет Фонда здравственог осигурања Републике Српске.

Напомена: Сваком пацијенту са дуготрајним катетером на кућном лијечењу дати промотивни материјал којим су обухваћене наведене области (прилог 3).

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1 Прилози

Прилог 1. Врсте катетера

Прилог 2. Предности, недостаци и дужина катетеризације у односу на врсте уринарног катетера

Прилог 3. Информације за пацијенте који носе катетер код куће

Прилог 4. Алгоритам код запушеног катетера

4.2 Обрасци

1. Евиденције за пласирање / депласирање и праћење / преглед уринарног катетера
2. Информисани пристанак пацијента за уринарну катетеризацију

Прилог 1. Врсте катетера



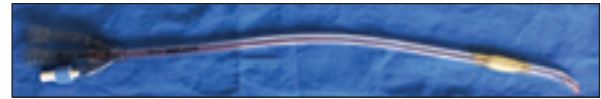
Слика 1. Фолијев двокраки трајни катетер



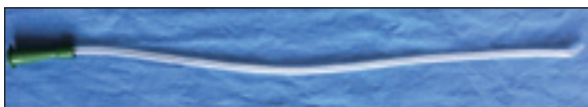
Слика 2. Фолијев трокраки трајни катетер



Слика 3. Тиманов двокраки трајни катетер (заобљеног врха)



Слика 4. Тиманов трокраки силиконски – трајни катетер (заобљени врх)



Слика 5. Интермитентни –привремени Тиманов катетер



Слика 6. Фолијев једнокраки једнократни катетер

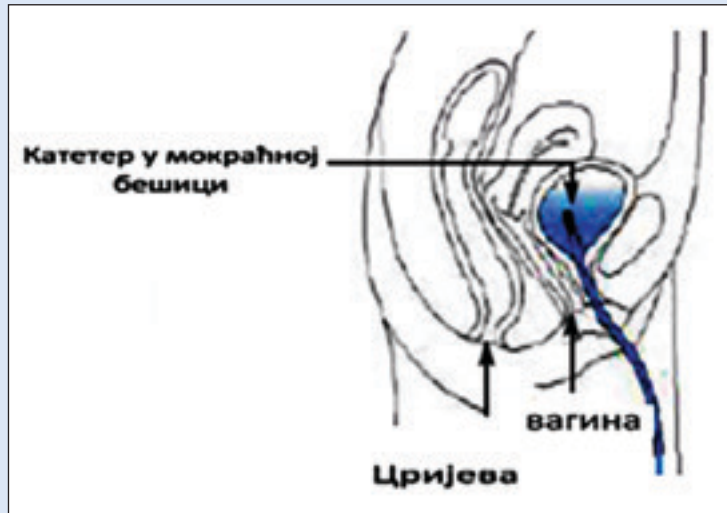
Прилог 2. Предности, недостаци и дужина катетеризације у односу на врсте уринарног катетера

Врста материјала		Предности	Недостаци	Дужина катетеризације
Пластика (ПВЦ)		Велика унутрашњост Великог промјера, добра дренажа после операције	Ригидан и нефлексибилан Може изазвати уретралну нелагоду	7 дана Краткотрајно
Силикон (100%)		Мање изазива иритацију уретре Прикладан за пацијенте који су алергични на латекс	У пресеку лумена катетера (полумјесеца или у облику слова D) може узроковати стварање красти	3 мјесеца Дуготрајно
Латекс са	Тефлон – Политетрафлуоро-етилен (PTEF)	Мање оштећује ткиво због глатке спољашње површине и више је отпоран на стварање красти у односу на катетере израђене од чистог латекса	Није прикладан за пацијенте алергичне на латекс	8 дана Краткотрајно
	Силиконским еластомером	Глатка унутрашња и спољашња површина, смањује могућност за појаву красти у односу на чисти латекс		3 мјесеца Дуготрајно
	Хидрогелом	Највише компатибилан са људским ткивом, мање траума. Мало површинско трење, већи комфор за пацијента		

Прилог 3. Информације за пацијенте који носе катетер код куће

Уринарни катетер је шупља цијев пласирана у мокраћну бешику и служи за дренирање урина.

Њега катетерâ пласираних код мушкараца и жена је иста. Мали балон на крају катетера у који се апликује стерилна вода омогућава да катетер остане у мокраћној бешици.



Слика 1. Катетер у мокраћној бешици

Купање и прање

Свакодневно прање урогениталне регије је веома важно. Прање се спроводи топлем водом и неутралним сапуном и посушује ручником. Мазање урогениталне регије пудером и кремом није дозвољено. Купање и туширање је такође дозвољено, али се прије истог мора испразнити кеса за урин која се након купања/туширања посушује.

Урогенитална регија се пере сприједом према назад како не би дошло до контаминације катетера садржајем из цријева

Конзумирање текућине

Узимање довољне количине воде неопходно је у циљу спречавања инфекција и опструкција катетера. Дневно покушајте пити двије литре воде. Текућина коју треба да узимате не односи се само на воду. Будите опрезни са конзумирањем кафе и чаја, јер кофеин, као и алкохол и газирана пића, може иритирати мокраћну бешику.

Крварење

Могуће је да се крв појави у урину након што се катетер пласира или промијени. Уколико случајно повучете катетер, и то такође може узроковати оскудна крварења са појавом крви у цијеви катетера или кеси за урин. У случају да имате обимније крварење, обавезно се јавите медицинској сестри – техничару која вам је пласирала катетер.

Грчеви

Абдоминални грчеви се код неких пацијената могу појавити када се први пут пласира катетер. Обично престају након 24 часа. Грчеви такође могу настати због спазма мокраћне бешике. Узимање слабих аналетика, као што је парацетамол, могу ублажити грчеве, али прије узимања свакако се посавјетујте са доктором медицине или фармацеутом.

Пражњење кесе за урин

Кесе за урин без отпуста мијењају се када се напуне до 2/3 волумена. Кесе са отпустом мијењају се након 5–10 дана или у складу са препоруком произвођача, а празне се кад се напуне до 2/3 волумена. Кесе са отпустом не испирати дезинфекционим средством ради отклањања неугодних мириса. Увијек спроводите хигијену руку прије и након мијењања/пражњења кесе за урин.

Мијењање катетера

Учесталост мијењања катетера зависи од врсте катетера који вам је пласиран. Катетер би најдуже требало да буде пласиран 12 недјеља. Мијењање катетера зависи и од вас као пацијента и можете тражити ранију промјену катетера. Уколико је катетер пласиран у болници, након отпуштања из болнице о томе морате обавијестити свога породичног доктора.

Уринарне инфекције

Инфекција уринарног тракта је честа код свих врста катетера. У случајевима када имате симптоме као што су повишена температура, бол у абдомену или појава крви у урину и сл., обратите се свом доктору породичне медицине.

Ризик**Сексуални однос**

Уколико вам је пласиран катетер а још увијек сте сексуално активна особа, обратите се свом доктору породичне медицине, који ће вам препоручити друге методе катетеризације.

Цурење урина поред катетера

Цурење урина поред катетера може се десити у случају инфекције, али и грча мокраћне бешике и запушења катетера. Грч мокраћне бешике може настати јер тијело одбацује катетер. Консултујте се са медицинском сестром – техничаром која вам је пласирала катетер. Некада симптоми могу нестати сами од себе.

Запушење катетера

Запушење може настати као посљедица више удружених фактора али прије него што контактирате медицинску сестру – техничара или доктора породичне медицине, провјерите да можда:

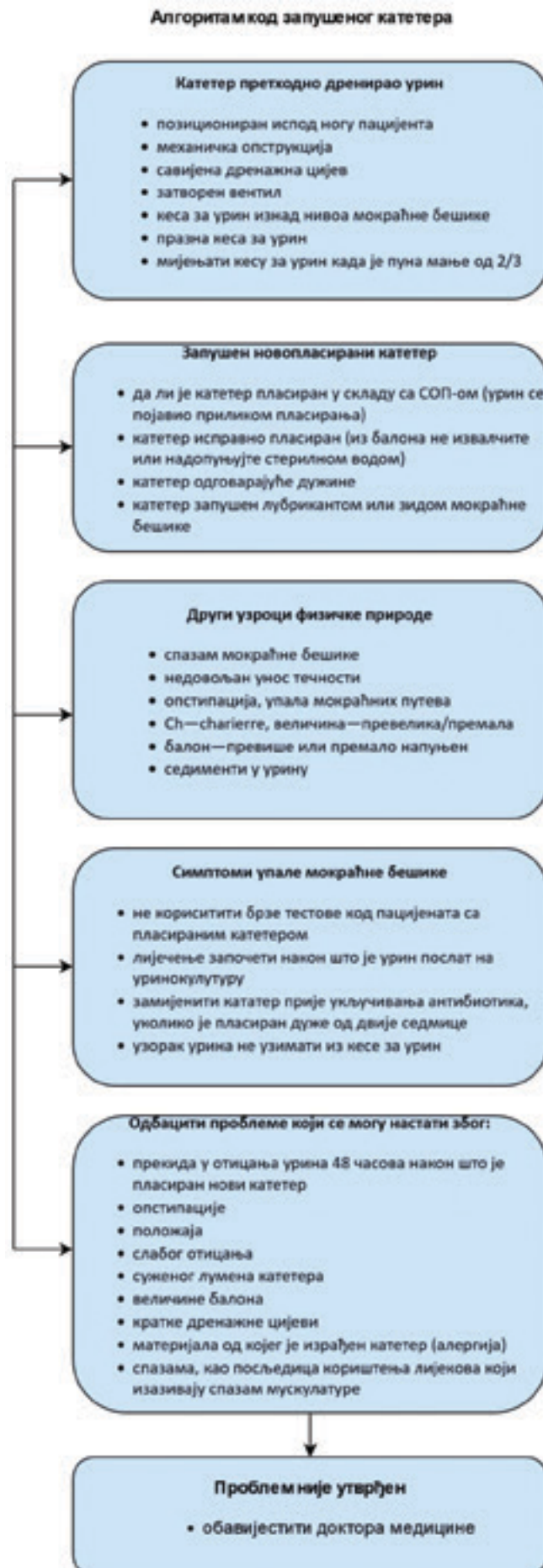
1. катетер није савијен или уврнут;
2. кеса за урин није напуњена више од 2/3 волумена;
3. кеса за урин није правилно позиционирана, односно да кеса не виси или се налази на кревету или поду;

4. дневно не конзумирате довољну количину течности;
5. кеса није позиционирана испод нивоа мокраћне бешике;
6. не сједите или не лијежите на катетер – ово такође може узроковати притисак на кожу и оштећење коже;
7. немате затвор.

Хигијена руку

Исправна хигијена руку је најважнија мјера у превенцији и контроли ширења многих болести. Хигијеном руку у трајању од 20 секунди смањује се могућност ширења инфекције, а и могућност инфекције мокраћних путева и мокраћне бешике.

Прилог 4. Алгоритам код запушеног катетера



Образац 1. Евиденције за пласирање / депласирање и праћење / преглед уринарног катетера

Да ли је пацијент: - потписао пристанак за извођење катетеризације Да Не - добио промотивни материјал Да Не - добио информацију о разлогу катетеризације, планираном датуму депласирања/прегледа Да Не - алергичан на латекс Да Не - добио промотивни материјал о симптомима сепсе Да Не	
Име и презиме пацијента Адреса становања ЈМБГ Број картона Име и презиме доктора медицине који је издао налог.....	
Врста катетера: <input type="checkbox"/> Силикон <input type="checkbox"/> Латекс <input type="checkbox"/> Тефлон <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Остало	
Систем дренаже: Причвршћена дренажна кеса <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> 2 L дренажна кеса <input type="checkbox"/> 4 L дренажна кеса <input type="checkbox"/> Катетерска валвула	
Пласирање катетера Да ли пацијент има температуру Да Не Датум пласирања: Вријеме: _____ Планирани датум депласирања или прегледа: Мјесто пласирања: <input type="checkbox"/> Здравствена установа <input type="checkbox"/> Кућа Индикација за пласирање* _____ Трауме током пласирања Да Не Навести врсту трауме: _____ Траума малих лабија или вулве Да Не Боја урина: _____ Резидуална количина урина: _____ ml Терапија антибиотикима прије пласирања Да Не Ако је одговор ДА, навести назив антибиотика: _____ Индикација за антибиотик: _____	
Депласирање катетера – Ризик од инфекције расте за дужином трајања катетеризације – депласирати катетер ако је клинички индиковано Име и презиме пацијента (штампаним словима): _____ Вријеме: Да Не Евидентна оштећења Да Не Катетер проверен Да Не	
Име и презиме медицинске сестре – техничара _____ Потпис _____	
Индикације за пласирање катетера Крварење – обилно Опструкција – механичка Операција – уролошка, гинеколошка, перинална и др. Декубиталне ране – инконтинентних пацијената Праћење диурезе урина – Дневне диурезе или диурезе код повреде Њега – на крају живота Имобилизација – преломи, вишеструке Остало	

Напомена: *Индикације за катетеризацију навести у складу са индикацијама датим у табели у десном углу обрасца

Образац 2. Информисани пристанак пацијента за уринарну катетеризацију

Име и презиме пацијента	
Пол: <input type="checkbox"/> Мушки <input type="checkbox"/> Женски	Мјесто рођења:
ЈМБ: <input type="text"/>	Датум рођења: <input type="text"/>
Адреса:	Телефон: <input type="text"/>
Дијагноза:	
Законски заступник / старатељ:	Име и презиме:
	ЈМБ: <input type="text"/>

Опис поступка: Катетеризација мокраћне бешике је поступак пласирања уринарног катетера у мокраћну бешику ради евакуације (пражњења) урина из мокраћне бешике. Постоје два типа катетеризације: привремена/интермитентна (катетер се одмах након пражњења мокраћне бешике депласира) и трајна/перманентна (катетер остаје у мокраћној бешици неколико сати, дана или мјесеци). Изводи се помоћу стерилног катетера, а врста и величина катетера се одређује понаособ за сваког пацијента. Претходно се спроводи тоалета гениталне регије (топлом водом и неутралним сапуном), а затим испере водом, посуши, потом пребрише стерилним физиолошким раствором (0,9% NaCl). Катетер се уводи у мокраћну бешику уз поштовање свих мјера асепсе и антисепсе. Како би вам се осјећај нелагоде приликом пласирања катетера свео на минимум, на врх катетера ставља се стерилни лубрикант. Сам поступак траје неколико минута. Медицинска сестра – техничар која вам буде пласирала уринарни катетер обавијестиће вас о датуму депласирања уринарног катетера.

РИЗИЦИ КОД ПОСТУПКА: Компликације код катетеризације мокраћне бешике изразито су ријетке али су могуће. Могуће је код грубе катетеризације оштетити слузницу уретре и мокраћне бешике, што може довести до незнатног крварења (хематурије), касније на том мјесту може доћи до сужења мокраћне цијеви (уретре). Изузетно ријетка компликација је пробијање мокраћне цијеви (перфорација уретре), што захтијева хируршко збрињавање. Такође, веома ријетко приликом депласирања катетера може доћи до пуцања катетера, што захтијева хитно упућивање пацијента у најближу болничку установу.

Обавијештен/а сам да се при извођењу овог медицинског поступка могу догодити и друге познате и друге ријетке компликације познатог и непознатог узрока.

ИЗЈАВЉУЈЕМ ДА СЛОБОДНОМ ВОЉОМ, ЗАСНОВАНОЈ НА ПОТПУНОЈ ОБАВИЈЕШТЕНИСТИ О ПРЕПОРУЧЕНОМ ДИЈАГНОСТИЧКОМ/ТЕРАПИЈСКОМ ПОСТУПКУ

ДАЈЕМ САГЛАСНОСТ

за прихватање дијагностичког односно терапијског поступка

Датум:

Потпис пацијента / законског заступника / старатеља

.....

Потпис и факсимил доктора медицине.....

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром стандардизује се поступак испирања уха код пацијената, који се изводи по налогу доктора медицине.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.2. Термини

Испирање уха – поступак убризгавања топле воде помоћу шприце у ушни канал.

Церумен – жућкаста материја која се излучује у ушним каналима.

2.3 Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилан, сигуран и јединствен начин испирања уха.

Мјере предострожности

- провјерити исправност шприце;
- испитати температуру топле воде стављајући неколико капи на унутрашњу страну ручног зглоба медицинске сестре – техничара;
- испирање мора бити безболно, ако млаз топле воде наноси бол, треба смањити снагу и брзину млаза;
- максимална количина топле воде која се употреби за испирање једног уха је 500 ml;. Уколико се ухо не испере са овом количином воде, обавијестити доктора медицине;
- осигурати приватност и повољне услове у просторији (освјетљење и без струјања ваздуха);
- обратити пажњу на могуће нуспојаве испирања уха (блага вртоглавица, зујање у ушима; осјећај боли у ушном каналу) и компликације (перфорација бубне опне).

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

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

Припрема материјала

- шприца за испирање уха (Janet);

- посуда са топлом водом;
- нестерилне, једнократне рукавице;
- подметач (компреса);
- целулозна вата (целштоф);
- тупфери вате;
- бубрежњак.

Припрема пацијента

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о поступку;
- смјестити пацијента у сједећи положај, са главом у усправном положају, лагано нагнутом на страну;
- мала дјеца треба да сједе у крилу родитеља који му придржава главу;
- ставити заштитну компресу на раме пацијента;
- замолити пацијента/родитеља/старатеља да придржава бубрежњак испод ушне шкољке.

3.1 Поступак

- представити се, објаснити поступак пацијенту/родитељима/старатељима и допустити питања;
- у шприцу навући прописану текућину и из ње истиснути сав ваздух;
- недоминантном руком ушну шкољку повући уназад и нагоре (код дјеце до 3 године назад и надоље), а врх шприце усмјерити према задњем дијелу главе и нагоре, да би млаз воде улазио преко горњег зида ушног канала, а излазио преко доњег;
- врх шприце наслонити на горњу страну ушног канала;
- најбоље је почети са више слабих млазева, затим све јачим, док вода не истјера наслаге церумена;
- након што се ухо испере, главу пацијента нагнути тако да преостала вода може изаћи из уха;
- ушна шкољка се може повући уназад да би се исправио ушни канал и вода лакше истицала;
- по завршеном поступку, ухо посушити целулозном ватом (целштоф) или тупфером;
- ставити тупфер вате у улазни дио ушног канала;
- скинути рукавице и маску, одложити их на прописан начин и опрати руке;
- распремити и адекватно одложити коришћени материјал;
- евидентирати спроведену активност;
- обавијестити доктора у случају појаве нежељених реакција и исте евидентирати.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.2. Прилози

Нема.

4.3. Обрасци

Нема.

10 ПОСТАВЉАЊЕ ФИКСАЦИЈСКОГ ЗАВОЈА

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет

Овом процедуром обезбјеђује се јединствен и сигуран начин поступка постављања фиксационог завоја.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Фиксација завојним материјалом – поступак којим се, користећи завоје различитих ширина, постиже стабилизација дијелова тијела након луксације, дисторзије, прелома кости или ако се сумња на прелом, у циљу осигурања хемостатског притиска, спречавања појаве хематома и отока, али и за учвршћивање газе након обраде ране.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну технику рада постављања фиксационог завоја.

Мјере предострожности

- уколико се фиксациони завој поставља на дисталне зглобове екстремитета, не завијати прсте ради праћења циркулације;
- уколико се завој поставља након обраде ране, поставља се тако да покрива двије трећине горње и доње површине ране;
- ако се поставља завој у циљу хемостазе, те уколико у току постављања или накнадно рана прокрвари, треба поставити нове слојеве газе и завоја, али никако не скидати претходно стављени завој;
- завој не смије бити лабаво постављен нити превише затегнут, изузев код опекотина гдје се завој поставља лабаво;
- предмети забодени у тијело (нож, дрво, стакло) не смију се vadити, него треба да се фиксирају газом са свих страна, а затим фиксирају завојем у затеченом положају и упуте на даљу обраду према налогу доктора медицине;
- у случају повреде костију главе, не смије се вршити директан притисак фиксацијом на повријеђени дио кости главе него се прави колут од газе и завоја, чија ширина мора прелазити ивице повреде, а преко којег се врши фиксација завојем.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента и опреме**Медицинска сестра – техничар**

- интервенцију према потреби изводе двије медицинске сестре – техничара;
- опрати руке, посушити и дезинфиковати руке, ставити маску и навући нестерилне рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о важности сарадње;
- намјестити пацијента у одговарајући положај, тако да је дио тијела који треба да се завије у функционалном или најбољем могућем положају;
- ослободити од одјеће дио тијела који се фиксира.

Материјал и опрема

- рукавице за једнократну употребу;
- завој одговарајуће ширине (6–15 cm):
 - превијање главе, шаке, прстију и стопала ширине 6 cm;
 - превијање рамена, надлактице, подлактице и поткољенице 10 cm;
 - превијање грудног коша и наткољенице 15 cm;
- вата;
- бубрежњак;
- леукопласт;
- маказе.

3.1. Поступак

- прегледати мјесто које треба да се завије због могућег постојања повреда или оштећења коже (консултовати доктора медицине уколико је потребно);
- стављати завој тако да се двије површине коже не додирују (палац–шака, прсти, груди–рука), да би се спријечила иритација коже;
- држати завој тако да је ролна завоја у доминантној руци и окренута нагоре, а слободни крај завоја у недоминантној руци;
- завој се равномјерно затеже у току замотавања;
- екстремитет се завија одоздо навише;
- држати завој близу мјеста које се завија да би се осигурала равномјерна затегнутост и притисак;
- завијати дијелове тијела спирално, спирално–повратно, повратно или методом осмице;
- након обављеног поступка крај завоја се фиксира леукопластом или копчом;
- када се постави фиксациони завој, провјерити дисталну циркулацију (изглед, боја и температура коже);
- правилно разврстати и одложити коришћени материјал;
- скинути и адекватно одложити рукавице те опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.

11 ПОСТУПЦИ ИМОБИЛИЗАЦИЈЕ

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1. Предмет упутства

Овом процедуром дефинише се поступак имобилизације повријеђеног пацијента.

1.2. Подручје примјене

Процедура се примјењује на примарном нивоу здравствене заштите.

1.3. Надлежности за примјену

Процедуру примјењују медицинске сестре – техничари.

1.4. Искључења

Нема.

2. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

2.1. Термини

Имобилизација – поступак којим се, користећи имобилизациона средства, повријеђени дио тијела за одређено вријеме поставља у принудни положај и стање мировања ради његове поштеде, смањивања бола, спречавања оштећења ткива, крвних судова и нерава, те бржег зарастања рана.

Транспортна (привремена) имобилизација – подразумијева довођење повријеђеног дијела тијела у стање мировања на мјесту повређивања, непосредно након повређивања и за вријеме транспорта. Обавља се средствима којима се тренутно располаже.

Терапијска (дефинитивна) имобилизација – примјењује се у здравственим установама и подразумијева неоперативно и оперативно лијечење.

2.2. Скраћенице

Нема.

3. ОПИС ПОСТУПКА

Циљ: обезбиједити правилну имобилизацију.

Мјере предострожности

- имобилизација се проводи одмах, на мјесту незгоде;
- извршити процјену стања; ако постоји сумња на прелом, поступати као да он постоји;
- код затворених прелома, не скидати одјећу са повријеђеног да се не би изазвало накнадно помјерање коштаних уломака, секундарних оштећења ткива, крвних судова, нерава и појава компликација;

- повријеђени се не смије помјерати док се преломи не имобилишу;
- након сваког учвршћивања удлаге, помицања или премјештања пацијента мора се поново процијенити пулс, осјећај и моторички одговор на озлијеђеном екстремитету дистално од повреде;
- забрањена је репозиција (намјештање) прелома и/или ишчашења.

Припрема медицинске сестре – техничара, пацијента, материјала и опреме

Медицинска сестра – техничар

- интервенцију према потреби изводе двије медицинске сестре – техничари;
- опрати руке, ставити маску и навући рукавице за једнократну употребу.

Пацијент

- идентификовати пацијента;
- информисати пацијента о важности сарадње;
- намјестити пацијента у одговарајући положај, тако да је дио тијела који треба да се имобилише у функционалном или најбољем могућем положају;
- ослободити од одјеће дио тијела који се имобилише.

Материјал и опрема

- рукавице за једнократну употребу;
- стандардна средства за имобилизацију;
- завоји различите ширине;
- гипсани завоји различите ширине;
- посуда с водом;
- вата;
- бубрежњак;
- леукопласт;
- маказе.

3.1. Поступак

- прије и након имобилизације извршити процјену стања повријеђеног – проходност дисајних путева, пулс, према потреби проводити мјере оживљавања и прве помоћи;
- уколико постоји крварење, зауставити га, превити рану, провјерити и контролисати покретљивост прстију те боју и сензибилитет коже;
- средства за имобилизацију обложити меканом тканином (вата, завој, дијелови одјеће) или ставити преко одјеће унесређеног или поставити подлошке од мекане тканине на угрожено мјесто;
- имобилисати екстремитет у неутралном (физиолошком) положају;
- приликом постављања имобилизационих средстава обухватити два сусједна зглоба;
- имобилизација се проводи одмах након повреде, односно након доласка до повријеђеног;
- код отворених прелома, повријеђени дио тијела ослободити од одјеће скидањем са здраве стране, цијепањем или резањем по шавовима;

- повријеђени екстремитет поставити у лаку елевацију (како би се спријечио оток и осигурала ефикасна циркулација);
- средства за имобилизацију измјерити по здравом екстремитету, тако да буду дужа од оба сусједна зглоба између којих се озледа налази;
- прсте повријеђеног дијела тијела оставити непокривене ради уочавања насталих поремећаја циркулације и процјене неуроваскуларног статуса ниже од мјеста повреде (платило ноката, хладни прсти);
- правилно разврстати и одложити коришћени материјал;
- скинути и адекватно одложити рукавице те опрати и посушити руке;
- евидентирати спроведени поступак.

3.2. Специфични поступци

3.2.1. Имобилизација код повреда горњих екстремитета

Раме и надлактица

Имобилизационо средство код повреде рамена поставља се тако да обухвата врхове прстију, лакат, раме повријеђене руке и супротно раме, а код повреде надлактице, врхове прстију, лакат и раме повријеђене руке.

- рука је приљубљена уз тијело;
- лакат је у флексији од 90°;
- подлактица је у неутралној позицији;
- шака окренутог длана према грудном кошу;
- палац шаке навише.

Подлактица

- имобилизује се зглоб лакта и ручни зглоб;
- имобилизационо средство поставља се са спољашње стране подлактице, од врхова прстију до изнад лакта, са савијеном руком у лакту а шаком полусавијеном и напола савијеним прстима. У шаку ставити један завој или савити Крамерову удлагу да испуњава полусавијену шаку и полусавијене прсте;
- поставља се митела;
- подлактицу је најбоље имобилисати у пнеуматској удлази или Крамеровом удлагом.

Шака

- прелом ручног зглоба и шаке се имобилизује тако да имобилизационо средство иде од врхова прстију до лакта;
- имобилизује се у физиолошком положају (ручни зглоб и шака у положају држања смотуљка од меког материјала, завоја или мекане лоптице);
- поставља се митела;
- шаку је најбоље имобилисати у пнеуматској удлази или Крамеровом удлагом.

3.2.2. Имобилизација повреда доњих екстремитета

Кук и наткољеница

- повријеђени је у лежећем положају са испруженим ногама, лако савијеним кољеном и скочним зглобом у средњем положају, тј. у положају стопала према поткољеници под углом од 90°;

- наткољеницу је најбоље имобилисати Томасовом шином;
- у недостатку Томасове шине могу послужити три Крамерове удлаге:
- једна иде са стражње стране, од лопатице повријеђене стране, преко задњег дијела трупа, задњег дијела ноге, савија се око пете и долази до врхова прстију;
- друга Крамерова удлага иде од пазуха исте стране ноге која се имобилизује, преко спољашње стране трупа, преко спољашње стране ноге до стопала, па преко овог завија на унутрашњу страну;
- трећа удлага иде од препоне са унутрашње стране повријеђене ноге до скочног зглоба;
- све три удлаге се посебно и заједнички фиксирају тракама за ногу у пет тачака: скочни зглоб, кољено, кук, карлица и крај спољашње удлаге преко грудног коша.

Поткољеница

- имобилизује се кољено и скочни зглоб;
- важе сви принципи као код повреда наткољенице само што су удлаге краће;
- поткољеницу је најбоље и најлакше имобилисати пнеуматском удлагом;
- у недостатку пнеуматске удлаге могу послужити двије Крамерове удлаге;
- прва иде од средине наткољенице према доље са задње стране ноге, савија се преко пете и иде до врхова прстију; друга иде од средине наткољенице са спољашње стране повријеђене ноге, савија се око скочног зглоба и иде унутрашњом страном ноге све до средине наткољенице, тј. до истог мјеста одакле је и почела, али са унутрашње стране повријеђене ноге.
- удлаге се посебно, а потом заједнички фиксирају у три тачке: скочни зглоб, кољено и наткољеница.

Скочни зглоб и стопало

- имобилизују се у „затеченом положају“;
- најбоље и најлакше је имобилисати пнеуматском удлагом;
- у недостатку пнеуматске удлаге, може послужити једна Крамерова удлага која иде мало испод кољена, са задње стране поткољенице, завија око пете и иде до врхова прстију;
- удлаге се фиксирају у двије тачке: скочни зглоб и испод кољена.

3.2.3. Имобилизација код повреда кичме

- процијенити тежину повреде и стање повријеђеног (свијест, дисање, пулс, покретљивост и осјетљивост екстремитета), мјере неодложне помоћи уз минимално покретање повријеђеног;
- за пренос повријеђеног на имобилизационо средство (спиналну даску) неопходно је присуство три или четири особе;
- поред повријеђеног поставити дугу спиналну даску;
- прва особа (координатор) стоји изнад главе повријеђеног, фиксира главу и врат у неутралној позицији;
- друга и трећа особа клече поред повријеђеног са супротне стране у односу на спиналну даску;

- друга особа обухвата рукама повријеђеног за супротно раме и изнад предјела карлице;
- трећа особа обухвата рукама повријеђеног за супротно кољено (или скочни зглоб) и предно карлице;
- на команду координатора истовремено ротирају (повлаче) тијело повријеђеног;
- трећа особа затим подупире спиналну даску испод тијела повријеђеног;
- на поновну команду координатора истовремено спуштају тијело повријеђеног на спиналну даску;
- врат се имобилише постављањем Шанцовог оковратника;
- тијело повријеђеног се фиксира тракама преко чела, рамена, карлице и поткољеница;
- на овај начин повријеђени се преноси на транспортна носила.

3.2.4. Имобилизација код повреда карлице

- повријеђени се помјера врло опрезно;
- имобилизација се врши на спиналној дасци;
- за извођење имобилизације потребно је више особа;
- карлица се чврсто фиксира повојем ширине око 60 cm (ћебе или чаршав);
- ноге и труп се фиксирају завојем;
- повријеђени је у хоризонталном положају, на леђима, са благо савијеним ногама.

3.2.5. Имобилизација код повреда главе

- прелом доње вилице имобилише се постављањем праћке за браду или обостраног завоја лица;
- прелом носних костију се имобилише праћком за нос;
- код прелома костију главе не смије се вршити компресија на напукле фрагменте костију лобање који могу извршити компресију на мождане структуре. Преко ране се поставља стерилна газа, а на намјенски припремљен колут, који се поставља око ивица ране, поставља се компресивни завој, али око ране, а не на саму рану;
- код сумње на прелом базе лобање, поставља се Шанцов оковратник. При постављању једна особа са обје руке (са стране) придржава главу повријеђеног и врши благу тракцију главе, а друга поставља оковратник.

3.2.6. Имобилизација прелома кључне кости

- имобилизује се директном фиксацијом кости или фиксацијом читавог горњег екстремитета;
- директна фиксација постиже се кружним завијањем у облику „осмице“ – трака од меког материјала која с предње стране прелази преко обје кључне кости, на оба рамена, иза врата, а са задње се укршта између лопатица или се фиксира готовим – моделираним осмицама;
- затезањем задњих крајева рамена се повлаче према назад и дозира се притисак на преломљену кост – фрагменте.

3.2.7. Имобилизација уганућа

- фиксација зглоба у физиолошком положају;

- компресија зглоба;
- елевација екстремитета;
- локална апликација хладних облога.

3.2.8. Иммобилизација ишчашења

- поштовати све принципе имобилизације као код повреда;
- забрањена је репозиција;
- имобилисати у затеченом положају.

3.2.9. Иммобилизација отворених прелома

- зауставити крварење;
- преко ране ставити стерилну газу – зону ране заштитити меканом бандажом;
- имобилисати у затеченом положају – фрагменти кости се не репонирају.

4. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

4.1. Прилози

Нема.

4.2. Обрасци

Нема.