



PROCES OPIEKI NAD PACJENTEM W ODDZIALE CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ

I. INFORMACJE OGÓLNE

1. Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Jednego Dnia wraz z Blokiem Operacyjnym w Słupsku stanowią integralną część Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie. Blok Operacyjny wraz z Oddziałem Chirurgii Jednego Dnia znajduje się w głównym budynku Przychodni nr 2 SP ZOZ MSWiA w Słupsku przy ul. Lelewela 58.
2. Rejestracja i ustalanie terminu zabiegu odbywa się telefonicznie, pod numerem 59 848 11 05 oraz osobiście w godzinach pracy rejestracji tj. poniedziałek 8:00-15:00 , wtorek 8:00-15:00, środa 10:25-18:00, czwartek 8:00-15:00, piątek 8:00-15:00.
3. Zabiegi (operacje) są przeprowadzane od poniedziałku do piątku zgodnie z harmonogramem pracy oddziału.

II. WIZYTA ANESTEZJOLOGICZNA - KWALIFIKACJA

1. Wizyta anestezjologiczna odbywa się minimum 24 godz. przed planowanym terminem zabiegu. Podczas tej wizyty lekarz anestezjolog dokonuje:
 - a) oceny stanu chorego,
 - b) oceny ryzyka związanego ze znieczuleniem,
 - c) wyboru metody znieczulenia,
 - d) przekazania choremu dodatkowych informacji związanych z przygotowaniem do zabiegu.
2. Pacjent podpisuje świadomą zgodę na proponowany zabieg operacyjny w obecności lekarza.

III. PROCEDURA PRZYJĘCIA PACJENTA NA ODDZIAŁ

1. Pacjent do zabiegu przybywa na Oddział Chirurgii Jednego Dnia najpóźniej do godz. 13.00 w dniu planowanego zabiegu.
2. Lekarz prowadzący, omawia w zrozumiały dla Pacjenta sposób wykonania zabiegu, przeprowadza wywiad epidemiologiczny dotyczący przeszłości pacjenta w okresie 6-ciu miesięcy przed zabiegiem, wypełnienia dokumentację medyczną i przedstawia pacjentowi do podpisu:
 - a) zgodę na wykonanie znieczulenia i zabiegu operacyjnego
 - b) oświadczenie o upoważnieniu do uzyskania dokumentacji medycznej
 - c) oświadczenie o możliwości przechowywania cennych rzeczy w depozycie.
3. Pacjentowi przed zabiegiem dokonuje się pomiaru wagi, ciśnienia tętniczego, tętna i temperatury ciała, zakłada się opaskę identyfikacyjną, wszystkie dane wpisuje się do raportu pielęgniarskiego.
4. Po wykonaniu powyższych czynności Pacjent kierowany jest do sali chorych.

IV. PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO ZABIEGU

1. Pozbawienie owłosienia w miejscu operowanym (golenie pola operacyjnego powinno odbywać się w dniu operacji).
2. Kąpiel całego ciała mydłem przeciwbakteryjnym.
3. Sprawdzenie przez pielęgniarkę czy Pacjent:
 - a) usunął lakier z paznokci u rąk i u nóg,
 - b) zdjął metalowe ozdoby,
 - c) usunął sztuczne protezy zębowe, szkła korekcyjne (kontaktowe), makijaż, itp.,
 - d) związał włosy gumką,
 - e) opróżnił pęcherz moczowy.
4. Przekazanie Pacjenta na blok operacyjny wraz z kompletną historią choroby pielęgniarkie anestezjologicznej.

V. PROCEDURA PRZYJĘCIA PACJENTA NA BLOK OPERACYJNY

1. Pielęgniarka anestezjologiczna przyjmując Pacjenta na blok operacyjny przedstawia się. Następnie sprawdza:
 - a) tożsamość chorego, porównując dane z opaską identyfikacyjną i danymi zawartymi w historii choroby,
 - b) kompletność dostarczonej dokumentacji medycznej,
 - c) podpis Pacjenta wyrażający zgodę na wykonanie znieczulenia,
 - d) podpis Pacjenta wyrażający zgodę na wykonanie zabiegu operacyjnego.



VI. SKŁAD ZESPOŁU OPERUJĄCEGO

Zabieg (operacja) przeprowadzany jest na sali operacyjnej wyposażonej w sprzęt i aparaturę medyczną przez lekarza chirurga kwalifikującego Pacjenta do zabiegu. Ponadto skład zespołu (wg grafiku) stanowią lekarze i pielęgniarki specjalści:

1. Lekarz chirurg operator
2. Lekarz anestezjolog
3. Pielęgniarka anestezjologiczna
4. Pielęgniarka instrumentariuszka
5. Pielęgniarka pomocnicza

VII. ZABIEG OPERACYJNY

1. Czas zabiegu (operacji) zależy od wielu czynników i waha się od kilku minut do jednej godziny.
2. Po zakończonym zabiegu (operacji) i wybudzeniu, Pacjent wraz z dokumentacją medyczną jest przekazany do sali wybudzeń.
3. Okołooperacyjna Karta Kontrolna zostaje dołączona do dokumentacji medycznej Pacjenta

VIII. OPIEKA NAD CHORYM W SALI WYBUDZEŃ

1. Opieka pielęgniarska nad chorym w sali wybudzeń obejmuje:
 - a) kontrolę świadomości chorego,
 - b) monitorowanie podstawowych funkcji życiowych (ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, ocena barwy skóry i błon śluzowych, pomiar temperatury ciała),
 - c) obserwację chorego w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań,
 - d) obserwację rany operacyjnej,
 - e) kontrolę drenu pooperacyjnego,
 - f) podawanie Pacjentowi zleconych leków i płynów infuzyjnych,
 - g) dokumentowanie czynności wykonywanych przy pacjencie.
2. Przed wypisem Pacjenta na oddział jego stan zdrowia oceniany jest przez lekarza anestezjologa. Przy uzyskaniu możliwej maksymalnej liczby punktów Pacjent przekazywany jest na oddział.

IX. OPIEKA NAD CHORYM W ODDZIALE

1. Czynności pielęgniarskie nad chorym w sali pooperacyjnej polegają głównie na:
 - a) zmniejszeniu odczuwania poziomu bólu pooperacyjnego przez Pacjenta,
 - b) poprawy funkcji fizycznych, fizjologicznych i psychologicznych Pacjenta,
 - c) zapewnieniu Pacjentowi komfortu psychicznego, spokoju i ciszy,
 - d) niwelowaniu niepokoju i lęku Pacjenta.
2. Na drugi dzień po zabiegu operacyjnym - po uprzedniej ocenie chirurgicznej przez lekarza chirurga Pacjentowi usuwa się dren pooperacyjny oraz zmienia opatrunek.
3. Po wykonaniu powyższych czynności **chory może opuścić szpital.**

X. PROCEDURA OPUSZCZENIA ODDZIAŁU

1. Pacjent może opuścić szpital pod opieką osoby dorosłej pod warunkiem, że zostały spełnione następujące kryteria:
 - a) czynności życiowe Pacjenta są stabilne, podobne do obserwowanych przed znieczuleniem i operacją,
 - b) Pacjent nie wymiotuje i nie ma nudności,
 - c) Pacjent prezentuje stan świadomości z przed zabiegu i porusza się samodzielnie.
2. Przed opuszczeniem oddziału, Pacjent jest informowany o:
 - a) sposobach postępowania z raną, tak aby nie dopuścić do zakażenia,
 - b) czasie i miejscu zgłoszenia się celem usunięcia szwów pooperacyjnych,
 - c) możliwości natychmiastowego kontaktu z wykwalifikowanym personelem medycznym w przypadku jakichkolwiek wątpliwości (podaje się numer telefonu).
3. Przed opuszczeniem oddziału Pacjent otrzymuje:
 - a. Kartę informacyjną,
 - b. Zalecenia pielęgniarskie/
4. Po przekazaniu choremu powyższych informacji pielęgniarka odcinkowa przekazuje Pacjenta pod opiekę Rodziny.