|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [logo2](http://sjub.ro/) | SPITALUL JUDEŢEANDE URGENŢĂ BISTRIȚA  *B-dul General Grigore Bălan, nr. 43,*  *420094, Bistrița, Jud. Bistrița-Năsăud*  *Tel/​fax: 0263 231 404*  [spital.bistrita@gmail.com](mailto:spital.bistrita@gmail.com) / [spital.oficiu@gmail.com](mailto:spital.oficiu@gmail.com) | Imagini pentru sigla cj bn |

**Proceduri privind igiena și confortul pacientului**

**1.1 Schimbarea lenjeriei de pat fără pacient**

**Scop**

- asigurarea igienei şi confortului pacientului;

- îndepărtarea lenjeriei murdare/folosite sau pătată cu sânge, secreţii, dejecţii.

**Materiale necesare**

- lenjerie curată;

- sac pentru colectarea lenjeriei murdare;

- mănuşi de cauciuc (pentru lenjeria pătată cu dejecţii).

**Efectuarea procedurii**

- se strânge lenjeria murdară în sacul de colectare;

- se spală mâinile, se pun mănuşi;

- se întinde cearceaful de pat foarte bine pentru a nu rămâne cute şi se fixează la colţurile   
 saltelei în formă de plic;dacă cearceaful nu are dimensiuni corespunzătoare fixarea se face   
 la partea dinspre picioarele pacientului;

- se schimbă faţa de pernă şi cearceaful plic.

**Încheierea procedurii**

- se îndepartează lenjeria murdară, se depozitează în saci speciali;

- se îndepartează mănuşile de cauciuc;

- se spală mâinile.

**1.2 Schimbarea lenjeriei de pat cu pacientul imobilizat**

Schimbarea lenjeriei se va efectua întotdeauna după toaleta pacientului. La schimbarea lenjeriei trebuie să participe două persoane iar alegerea metodei de schimbare a lenjeriei de pat, se face în funcţie de poziţia în care poate fi aşezat pacientul (limitele sale de mobilizare).

**Scop**

- asigurarea igienei şi confortului pacientului;

- evitarea complicaţiilor la pacientul imobilizat.

**Materiale necesare**

- lenjerie curată;

- sac pentru colectarea lenjeriei murdare;

- mănuşi de unică folosinţă.

**Efectuarea procedurii:**

Este în funcţie de starea pacientului şi de posibilitatea de a fi mişcat.

Asistentul medical stabileşte metoda după culegerea datelor referitoare la capacitatea acientului de a se ridica sau nu în poziţia şezând.

Pentru realizarea schimbării lenjeriei este nevoie de ajutor.

**a) La pacientul care se poate ridica:**

Cearceaful de pat se rulează pe dimensiunea mică.

- se spală mâinile, se imbracă mănuşi;

- pacientul rămâne acoperit cu cearceaful folosit sau cu alt pled;

- se degajă cearceaful murdar de sub saltea;

- se ridică pacientul în poziţia şezând fiind susţinut cu câte o mână de cele două persoane care realizează procedura următoare:

- cu cealaltă mână se rulează cearceaful murdar şi se derulează cu grijă cel curat până aproape de pacient;

- se schimbă faţa de pernă, se aşează perna pe pat;

- pacientul este culcat în decubit dorsal şi este rugat dacă poate, sau este ajutat să-şi ridice regiunea fesieră;

- se continuă rularea cearceafului murdar spre picioarele pacientului şi derularea celui curat;

- se ridică apoi membrele inferioare continuând rularea şi derularea;

- cearceaful murdar se introduce în sac, cearceaful curat se întinde bine şi se fixează la colţuri.

**b) La pacientul care rămâne în decubit :**

Cearceaful de pat se rulează pe dimensiunea mare.

- se spală mâinile, se îmbracă mănuşi;

- cearceaful plic se schimbă şi împreună cu pledul se împachetează în armonică;

- se degajă cearceaful murdar de sub saltea;

- se întoarce pacientul în decubit lateral şi se trage perna spre marginea patului;

- cearceaful murdar se rulează până lângă pacient;

- cearceaful curat aşezat de-a lungul patului se derulează până aproape de cel murdar;

- pacientul de întoarce în decubit dorsal apoi în decubit lateral pe partea opusă;

- se continuaă derularea cearceafului murdar şi derularea celui curat;

- cearceaful murdar se pune în sacul colector;

- pacientul este readus în decubit dorsal;

- cearceaful curat se întinde şi se fixează.

**Schimbarea cearceafului plic (cu pătura în interior)**

- este nevoie de participarea a două persoane;

- se aşează cearceaful cu pătura (împăturit în armonică) deasupra pacientului astfel încât marginea liberă de dedesubt să fie sub bărbia pacientului, iar cea de deasupra spre picioarele pacientului;

- cele două persoane se poziţionează de o parte şi de alta a patului, prind colţul cearceafului curat cu mâna dinspre capul pacientului, şi cu cealaltă mână colţul cearceafului murdar;

- cu o mişcare rapidă se întinde cearceaful curat şi se îndepărtează cel murdar.

**Încheierea procedurii**

- lenjeria murdară se colecteaza în saci;

- se îndepărtează mănuşile, se spală mâinile.

**Observaţii**

Aleza şi muşamaua pot fi schimbate după aceleaşi metode ţinând cont de posibilitatea de schimbare a poziţiei pacientului.

**1.3 Schimbarea lenjeriei de corp a pacientului imobilizat la pat :**

**Scop**

- menţinerea stării de igienă şi confort;

- menţinerea/creşterea demnităţii pacientului;

- prevenirea escarelor de decubit.

Procedura ţine seamă de tipul de îmbrăcăminte (pijama, cămaşă de noapte) şi de starea

pacientului. Se obţin informaţii despre posibilităţile de imobilizare.

**Schimbarea pijamalei**

- se explică pacientului cum poate colabora şi se apreciază în acelaşi timp resursele acestuia;

- se spală mâinile, se îmbracă mănuşi.

**Dezbrăcarea bluzei murdare şi îmbrăcarea celei curate**

- se descheie nasturii;

- se ridică pacientul în poziţia şezând şi se îndepărtează bluza murdară;

- se rulează pe rând fiecare mânecă a bluzei curate şi se îmbracă fiecare membru superior;

- pacientul este aşezat în decubit, se întinde bluza şi se încheie nasturii;

- dacă pacientul nu se poate ridica, se întoarce în decubit lateral, se dezbracă şi se îmbracă   
 partea accesibilă după care pacientul se întoarce pe cealaltă parte şi se procedează la fel   
 rulând pe rând mânecile bluzei;

- la sfârşit, pacientul este adus în decubit dorsal, se întinde bluza şi se încheie nasturii.

**Îmbrăcarea şi dezbrăcarea pantalonilor**

- se menajează pudoarea pacientului;

- se ridică regiunea lombosacrală, se trag pantalonii jos;

- se ridică membrele inferioare şi se continuă dezbrăcarea;

- se rulează pantalonii curaţi şi se îmbracă pe rând fiecare membru inferior, după care se   
 ridică regiunea fesieră şi se trag în sus spre mijloc.

**Observaţii**

În toate cazurile descrise

- se verifică punctele de sprijin şi se anuntă orice modificare premergătoare escarelor;

- se pudrează cu talc punctele de sprijin;

- se verifică dacă la terminarea procedurii, lenjeria este bine întinsă şi dacă pacientul   
 exprimă stare de confort.

**Schimbarea cămăşii de noapte**

Se apreciază capacitatea pacientei de a participa la efectuarea procedurii.   
Dacă pacienta se poate ridica în pozitie şezând se procedează astfel:

- se ridică întâi regiunea fesieră şi se trage uşor cămaşa murdară;

- se strânge (rulează) cămaşa murdară de la spate şi se trece peste cap dezbrăcând membrele superioare;

- se rulează fiecare mânecă a cămaşii curate şi se îmbracă fiecare membru superior după care cămaşa este trecută peste cap şi întinsă până aproape de şezutul pacientei;

- se aşează în decubit, se ridică regiunea fesieră şi se întinde bine cămaşa.

Dacă pacienta nu se poate ridica:

Pentru dezbrăcare :

- se întoarce pacienta pe o parte şi pe alta, strângând de fiecare dată cămaşa până aproape de

axilă;

- pacienta în decubit dorsal se ridică uşor şi se trage cămaşa peste cap; Pentru îmbrăcare

- se rulează cămaşa de la poale, se ridică uşor capul se şi trece cămaşa peste cap;

- se rulează fiecare mânecă şi se îmbracă pe rănd membrele superioare;

- se întoarce apoi pacienta pe o parte şi pe alta întinzând cu grijă cămaşa;

- se întinde bine cămaşa;

- se întinde şi se fixează cearceaful.

**Observaţii**

La schimbarea lenjeriei de corp şi pat se tine cont de constrângerile fizice: leziuni ale membrelor, aparate gipsate, perfuzii montate.

Partea vătămată se dezbracă ultima şi se îmbracă prima.

Asistentul medical trebuie să fie prezent la schimbarea lenjeriei pacientului cu perfuzii sau la care prin planul terapeutic mişcarea este limitată/interzisă.

La pacientul inconştient este de preferat ca partea inferioară a corpului să nu fie îmbrăcată.   
Dacă pacientul prezintă dureri la mobilizare sau după proceduri se poate administra calmant.

**1.4 Toaleta pacientului imobilizat la pat**

Se realizează intervenţii pentru igiena zilnică şi după caz baia pe regiuni corporale.

**Scop**

- menţinerea igienei tegumentului;

- menținerea stării de confort a pacientului;

- prevenirea leziunilor cutanate;

- activarea circulaţiei.

**Principii generale**

- se apreciază prin culegerea datelor, starea pacientului pentru a evalua resursele, de ce/cât/ce fel de ajutor are nevoie, limitele în care poate fi mobilizat;

- se asigură intimitatea, se respectă pudoarea pacientului;

- se asigură temperatura corespunzatoare mediului ambiant pentru a nu crea disconfort;

- materialele se pregătesc şi se aleg în funcţie de procedură şi sunt aşezate în apropiere;

- se respectă o anumită ordine a spălării regiunilor astfel încât să permită descoperirea, spălarea şi acoperirea zonei fără să creeze disconfort;

- dupa efectuarea îngrijilor igienice corporale şi schimbarea lenjeriei, pacientul va fi aşezat într-o poziţie cât mai comodă;

- fiecare zonă se umezeste, se săpuneşte, se clăteşte şi se şterge, după care se înveleste;

- se lucrează cu blândeţe şi atenţie dacă pacientul are constrângeri fizice (aparat gipsat, pansament, perfuzie).

**Materiale necesare**

Materialele se pregătesc în funcţie de scop de tipul de îngrijire: baia la pat, toaleta şi îngrijirea unei regiuni.

**Pentru toaleta completă la pat se pregătesc**:

- materiale pentru protectie: muşama, aleză, cearșaf, prosop de baie;

- materiale pentru spălat: cană cu apă caldă şi rece, lighean, trei mănuşi de toaleta de culori diferite, 3 prosoape de culori diferite, forfecuţă şi pilă pentru unghii, piepten, alcool, săpun neutru, mănuşi de unică folosinţă, alcool mentolat, talc;

- materiale pentru toaleta cavităţii bucale: periuţă, pastă, pahar;

- materiale pentru toaleta organelor genitale: ploscă, pense, post-tampon, tampoane;

- lenjerie curată de corp şi pat;

- sac pentru lenjeria murdară.

**Ordinea spălării**

- faţa şi gâtul;

- partea anterioară a toracelui, membrele superioare, abdomenul, partea posterioară a   
 toracelui şi regiunea fesieră, membrele inferioare organele genitale;

Mănuşile de baie şi cele 3 prosoape de culori diferite, se schimbă astfel: primul pentru faţă şi gât, al doilea pentru trunchi şi membre, al treilea pentru organele genitale.

**Pregătirea pacientului**

- se discută cu pacientul şi se ’împart sarcinile’ stabilind contribuţia acestuia;

- se stabileşte orarul efectuării toaletei în funcţie de activitatea din secţie (servirea mesei, investigaţii, orarul tratamentului).

**Efectuarea procedurii**

Se dezbracă pe rând fiecare regiune şi se insistă în anumite zone dupa cum urmează:

- la faţă şi gât : se începe cu ochii, se insistă cu mişcări circulare în zona periorală şi

perinazală, se insistă la ureche în cute şi regiunea retroauriculară;

- se schimbă mănuşa;

- pe partea anterioară a toracelui se insistă în axile, la femei în pliurile submamare;

- la membrele superioare, spălarea se face cu mişcări lungi şi circulare începând de la articulaţia pumnului spre umăr pentru a stimula circulaţia de întoarcere. Se insistă la spaţiile interdigitale şi se taie unghiile;

- la nivelul abdomenului se insistă la nivelul pliurilor inghinale unde apar uşor iritaţii, la nivelul ombilicului care poate fi murdar;

- pe partea posterioară, cu pacientul aşezat în decubit lateral, se insistă în plica interfesieră;

- se controleaza punctele de sprijin, se fricţionează uşor cu alcool mentolat şi se pudrează cu talc;

- se readuce pacientul în decubit dorsal şi se continuă cu spălarea membrelor inferioare insistând la nivelul genunchiului, plicii poplitee, în regiunea plicii inghinale, în regiunea tendonului lui Ahile şi călcâiului; picioarele se introduc într-un lighean cu apă pentru a tăia mai usor unghiile;

- toaleta organelor genitale se face cu pacientul în pozitie ginecologică folosind pense posttampon sau mănuşi de unică folosinţă. Direcţia de spălare este dinspre partea anterioară spre cea posterioară. Pacientul se poate spăla singur dacă starea îi permite fiind instruit cum să procedeze corect. La sfârşit pacientul este ridicat în poziţie şezând (dacă se poate) sau întors în decubit lateral pentru igiena gurii. Îngrijirea se încheie cu pieptanarea părului.

**Îngrijirea ochilor**

**Scop**

- prevenirea infecţiilor şi îndepărtarea secreţiilor;

- menţinerea ochiului umed la pacientul cu paralizie, în exoftalmie.

**Materiale necesare**

- ser fiziologic, soluţie de acid boric;

- soluţie de vitamina A;

- sticluţă cu picurator;

- lacrimi artificiale, unguent oftalmic recomandat de medic;

- comprese sterile;

- mănuşi sterile;

- tăviţă renală;

- prosop, material impermeabil.

**Pregătirea pacientului**

Pacientul poate fi colaborant, conştient sau comatos.

Pacientul conştient se informează şi i se explică derularea procedurii.

Îngrijirea se poate realiza în cadrul toaletei zilnice sau, după caz, independent.

Pacientul se aşează în decubit cu capul uşor întors spre ochiul care va fi primul spălat.

**Efectuarea procedurii**

- se spală mâinile;

- se îmbracă mănuşi sterile;

- se îndepartează secreţiile sau crustele ştergând uşor de la comisura externă spre cea internă   
 folosind un tampon steril îmbibat în ser fiziologic;

- pentru fiecare ştergere se foloseşte un tampon nou;

- manevrele se repetă pentru celălalt ochi;

- se instilează lacrimi artificiale sau se aplică unguent oftalmic. În cazul pacientului comatos

- se urmează aceeaşi paşi, asistentul medical deschizând pleoapele şi aplicând pe fiecare ochi câte o compresă sterilă;

- se instilează în sacul conjunctival câte o picătură de vitamina A de două ori pe zi;

- lipsa clipirii impune instilarea lacrimilor artificale.

**În cazul pacientului cu boala BASEDOW se recomandă**:

- purtarea ochelarilor fumurii pentru reducerea intensităţii luminii, protecţia împotriva vântului şi a curenţilor, permite camuflarea exolftamiei;

- pacientul este sfătuit să doarmă cu capul mai sus (două perne) ceea ce permite reducerea edemului palpebral;

- pentru menţinerea umidităţii corneei se aplică comprese îmbibate în serfiziologic.

**Îngrijirea mucoasei nazale**

Scop/indicaţii

- menţinerea permeabilităţii căilor respiratorii superioare;

- prevenirea leziunilor în infecţii nazale, leziuni de presiune determinate de sondă pentru   
 oxigen, pentru evacuarea sucului gastric sau pentru alimentaţie.

**Materiale necesare**

- tampoane sterile;

- ser fiziologic;

- vaselină;

- apă oxigenată diluată;

- tăviţă renală;

- mănuşi de cauciuc.

**Pregătirea pacientului**

- se informează pacientul;

- se explică modul de derulare a procedurii;

- este aşezat în decubit sau pe scaun, cu capul deflectat şi uşor întors într-o parte.

**Efectuarea procedurii**

- se curăţă fosele nazale cu tampoane umezite cu ser fiziologic, se îndepărtează crustele;

- pentru fiecare nară se foloseşte de fiecare dată alt tampon;

- crustele se pot îndepărta prin lubrefiere cu vaselină;

- dacă sonda este montată se procedează astfel:

- se dezlipeşte plasturele de pe nas şi faţă;

- se retrage sonda 5-6 cm şi se curăţă urmele de bandă adezivă;

- se schimbă poziţia sondei şi se fixează din nou;

- când sonda se schimbă, se repune după o pauza de 6-8 ore.

**Îngrijirea urechilor**

**Scop**

- menţinerea stării de igienă a conductului auditiv extern;

- îndepărtarea depozitelor de cerumen sau a celor patologice;

- aplicarea unor tratamente.

**Materiale necesare**

- tampoane cu vată;

- taviţă renală;

- soluţie de bicarbonat de sodiu;

- mănuşi de baie;

- prosop.

**Pregătirea pacientului**

- se informează şi este rugat să colaboreze;

- se culeg date în legătură cu eventualele tratamente locale care trebuie aplicate.

**Efectuarea procedurii**

- se curăţă conductul auditiv extern cu un tampon uscat, efectuând cu blândeţe mişcări de   
 rotaţie;

- se observă eventualele iritaţii sau secreţii;

- se curaţă pavilionul urechii cu mănuşa de bumbac;

- la sfârşit dacă pacientul agreează, se pune un tampon de vată;

- dacă pacientul are indicaţie de tratament acesta se efectuează conform recomandărilor.

**Îngrijirea cavitătii bucale**

**La pacientul conştient   
Scop**

- evaluarea stării de sănătate orală;

- îndepărtarea gustului şi mirosului neplăcut al cavităţii bucale;

- promovarea confortului.

- se informează pacientul;

- se apreciază resursele fizice pentru a stabilii modul de colaborare;

- se aşează într-o poziţie adecvată stării generale:

- şezând cu un prosop în jurul gâtului;

- decubit lateral cu capul uşor ridicat sprijinit pe o pernă protejată cu prosop.

**Efectuarea procedurii**

- se dă pacientului periuţa, pasta şi paharul cu apă;

- se susţine tăviţa renală sub bărbia pacientului sau aproape de faţa acestuia;

- se sfătuieţte pacientul să perie suprafaţa externă a dinţilor începând din partea stângă apoi   
 la centru şi apoi partea dreaptă;

- se perie apoi suprafaţa coroanelor şi suprafaţa internă a dinţilor;

- perierea se face în sens vertical 2-3 minute;

- se invită pacientul să-şi clătească cu multă apă şi la sfârşit cu apă de gură;

- dacă pacientul este în decubit se oferă o cană cu cioc sau un tub de sucţiune.

**La pacientul comatos**

Se evaluează starea acestuia, se apreciază dacă are reflex de deglutiţie.

Materiale necesare

- periuţă personală;

- pastă de dinţi;

- prosop;

- tampoane pe porttampon;

- deschizător de gură;

- comprese de tifon sterile;

- apă de gură, glicerină boraxată 2%, glicerină cu stamicin;

- spatulă linguală;

- taviţă renală;

- mănuşi de unică folosinţă;

- vaselină pentru buze;

- seringi pentru aspirarea lichidului.

**Pregătirea pacientului**

- se aşează pacientul în decubit lateral, toracele uşor ridicat; dacă nu este posibil se întoarce   
 capul într-o parte.

**Efectuarea procedurii**

- se spală mâinile, se imbracă mănuşi,

- se protejează perna cu un prosop şi se aşează alături tăviţa renală şi seringa pentru aspiraţie,

- se fixează maxilarele cu ajutorul deschizătorului de gură;

- se perie suprafaţa externă dinţilor folosind o cantitate mică de pastă;

- se aspiră lichidul cu seringa;

- se foloseşte o spatulă linguală şi tampoane pentru îndepărtarea obrajilor şi buzelor în vederea curăţării mucoase bucale;

**Materiale necesare**

- periuţă de dinţi personală;

- pastă de dinţi;

- pahar cu apă pentru spălare;

- pahar de apă pentru proteză;

- tăviţă renală pentru colectare apă;

- aţă dentară;

- şerveţele de hârtie, prosop, muşama;

- apă de gură;

- tampoane, prosoape;

- tavă pentru materiale.

**Pregătirea pacientului**

- se curăţă suprafaţa internă a dinţilor folosind tampoane cu glicerină boraxată sau cu glicerină cu stamicin dacă există candida;

- se observă foarte bine aspectul gingiilor, dinţilor şi limbii;

- se stabilesc îngrijiri ulterioare în funcţie de constatări.

**Observaţii**

Dacă pacientul nu are reflex de deglutiţie se renunţă la pastă şi periuţă existând risc de aspiraţie pe căile respiratorii.

**Îngrijirea protezei**

**Scop**

- Menţinerea igienei protezei şi a cavităţii bucale. Materiale necesare

- pahar mat;

- periuţă;

- pastă de dinţi;

- mănuşi de unică folosiţă.

**Efectuarea procedurii**

- pacientul conştient este rugat să-şi scoată proteza să o cureţe şi să o pună într-un pahar   
 propriu, mat, netransparent;

- la pacientul inconştient îngrijirea se face de către altă persoană:

- se îmbracă mănuşile de unică folosinţă;

- se prinde proteza cu o compresă de tifon şi se îndepărtează;

- se spală proteza cu periuţa şi pasta pacientului;

- se pune proteza într-un pahar curat, mat;

- se redă proteza pacientului când îţi recapătă starea de conştienţă;

- înainte de montarea protezei se clăteşte gura cu apă curată.

**Îngrijirea părulului**

**Scop**

- menţinerea igienei

- menţinerea stării de bine a pacientului

- păstrarea demnităţii pacientului

a) Îngrijirea zilnică prin pieptănare Materiale necesare:

- pieptene/perie;

- pânză sau prosop pentru protecţie.

**Efectuarea procedurii**

- se face de către pacient, dacă poate sau de către altă persoană;

- părul se împarte în şuviţe şi se piaptănă de la vârf spre rădăcină;

- părul lung se împleteşte (recomandare);

**b) Spălarea părului**

Se poate face în mai multe moduri:

- în pat - spatele pacientului fiind sprijinit de salteaua rulată, ligheanul sprijinit pe somieră;

- în pat - pacientul fiind orientat spre marginea patului, în decubit dorsal orientat oblic

- pe scaun - două scaune cu spătar puse cu spătarele apropiate, pe unul stă pacientul pe

celălalt se sprijină ligheanul;

- pe scaun lângă lavoar - cu faţa sau cu spatele în funcţie de starea generală a pacientului.

**Materiale necesare**

- lighean, găleată pentru colectarea apei folosite;

- vas cu apă caldă;

- termometru de baie;

- săpun lichid şampon;

- muşama şi aleză;

- prosoape;

- uscător de păr;

- perie, pieptăn;

- paravan;

- mănuşi de unică folosinţă.

**Pregătirea pacientului**

- se evaluează starea pacientului pentru a se stabili modul potrivit;

- se informează pacientul privind manevrele ce se vor face.

**Efectuarea procedurii**

Cu pacientul în poziţie şezând, e scaun sau la lavoar

- se protejează lenjeria pacientului cu material impermeabil;

- părul se umezeşte, se şamponează;

- se masează uşor pielea capului cu pulpa degetelor;

- părul se clăteşte/limpezeşte pâna la îndepărtarea totală a şamponului;

- se acoperă capul cu un prosop uscat, cald;

- părul se usucă cu uscătorul.

Cu pacientul în pat

- se protejează patul cu material impermeabil;

- capătul liber al muşamalei se rulează din ambele părţi şi se introduce înlighean sau

găleată;

- muşamaua se acoperă cu aleză;

- părul se umezeşte, se şamponează;

- se masează uşor pielea capului cu pulpa degetelor;

- părul se clăteşte/limpezeşte pâna la îndepărtarea totală a şamponului;

- se acoperă capul cu un prosop uscat, cald;

- părul se usucă cu uscătorul.

**1.5 Schimbarea poziţiei pacientului imobilizat, adinamic   
Scop**

asigurarea confortului pacientului;

 prevenirea complicaţiilor favorizate de imobilizare ( escare, tromboze, incetinireaa   
 tranzitului).

**Materiale necesare**

 perne;

 suluri din patură, din alte materiale textile;  sprijinitor pentru picioare, saci de nisip.

**Pregătirea pacientului**

 se informeză pacientul;

 se evaluează resursele pacientului şi capacitatea acestuia de a participa la procedură.

**Efectuarea procedurii**

Se realizează de 1-2 persoane, una având rol de coordonator.

**a) Schimbarea poziţiei din decubit dorsal în decubit lateral**

 persoana care face schimbarea se aşează de partea patului spre care se întoarce pacientul;  se pliază pătura spre partea opusă pentru a realiza un sul de sprijinire;   
 se prinde umărul pacientului, se ridică şi se sprijină cu pătura;

 se sprijină apoi toracele pacientului cu o mâna, şi cu mâna dinspre picioarele acestuia se   
 rotează bazinul şi membrele inferioare;

 membrul inferior de deasupra se flectează, cel de dedebsubt rămâne intins;  se pune o pernă sub genunchiul superior;

 se sprijină spatele cu pătura făcută sul;  se reaşează patul, se întinde lenjeria;  se acoperă pacientul.

**b) Schimbarea poziţiei din decubit lateral în decubit dorsal**

 persoana care face schimbarea se aşează de partea patului spre care este întors pacientul;  se îndepărtează perna de sub genunchi şi sulul din pătură;

 se aşează pacientul cu mişcări blânde în decubit dorsal;

 se introduc sub regiunea lombară şi sub genunchi perniţe mici sau materiale textile   
 împăturite pentru a respecta curbura fiziologică a coloanei şi pentru a evita hiperextensia   
 membrelor;

 se reaşează patul, se întinde lenjeria;  se acoperă pacientul.

**c) Schimbarea poziţiei din decubit dorsal în poziţie şezând**

De către o singură persoană

 se dezveleşte pacientul până la mijloc;

 persoana se aşează în faţa pacientului, acesta fiind rugat să întoarcă privirea într-o parte;  se prinde pacientul de sub axile şi se sprijină capul de antebraţ;

 pacientul este rugat să se sprijine pe tălpi şi să se ridice uşor la comandă;  se trage spre capul patului;

 se sprijină spatele cu perne;

 se fixează genunchii cu un sul şi tălpile cu un sprijinitor. De către două persoane

cele două persoane se aşează de o parte şi de alta a patului faţă în faţă;

 braţele dinspre capul pacientului se încrucişează pe spatele acestuia, cealaltă mână se   
 introduce în axilă;

 una dintre persoane comandă mişcarea;

 pacientul este tras spre capul patului şi se fixează poziţia.

**d) Schimbarea poziţiei din poziţie şezând în decubit dorsal**

Reaşezarea pacientului în decubit dorsal din poziţia şezând se face de către două personae.  cele două persoane se aşează de o parte şi de alta a patului faţă în faţă;   
 una dintre persoane comandă mişcarea;

 se îndepărtează obiectele de sprijin de sub genunchi şi din dreptul tălpilor;

 braţele dinspre capul pacientului se încrucişează pe spatele acestuia, cealaltă mână se   
 introduce în axilă;

 cu o mişcare atentă pacientul este tras pâna ajunge în decubit dorsal, cu capul sprijinit pe   
 pernă;

 se fixează sulurile de sprijin sub regiunea lombară şi genunchi;  se reaşează patul, se întinde lenjeria;

 se acoperă pacientul.

**e) Readucerea pacienţilor alunecaţi din poziţie semişezând sau şezând**

 pacientul este rugat să se sprijine pe tălpi;

 se prinde de sub axile şi se trage uşor spre capul patului;

 dacă activează două persoane se prinde cu o mână de sub axilă, iar cealaltă de introduce   
 sub regiune fesieră şi se acţionează la comandă;

 se fixează poziţia.

**1.6. Mobilizarea pacientului**

**Scop**

 prevenirea complicaţiilor;

 stimularea tonusului muscular, fizic şi psihic.

**Materiale necesare**

 cadru mobil;   
 agitator;

 baston;   
 cârje.

**Pregatirea pacientului**

Se anunţă pacientul şi se explică importanşa mobilizării precoce.

Pentru anumiţi pacienti se cere acordul medicului privind tipul şi durata mobilizării (paralizaţi, operaţi, cu infarct miocardic).

**Mobilizarea pasivă**

 se fac mişcări de flexie, extensie, rotaţie, abductie, adducţie, supinaţie, pronaţie;  se masează membrele în sensul circulaţiei de întoarcere;

 se comunică permanent cu pacientul pentru a afla dacă are dureri;  se controlează pulsul.

Ridicarea în poziţia şezând

**a) În pat**

 se ridică după tehnica schimbării poziţiei;  se sprijină cu perne;

 se poate ridica singur cu ajutorul unei agăţători.

**b) La marginea patului**

Executarea de către o singură persoană

 se introduce o mână sub axile şi una sub regiunea poplitee;

 pacientul se poate prinde de gâtul persoanei care face manevra;

 se rotează picioarele pacientului într-un unghi de 90° şi sunt lăsate să atârne uşor la   
 marginea patului;

 se sprijină dacă pacientul nu işi poate menţine poziţia. Executarea de către două persoane

 se introduce câte o mână sub omoplaţi, iar cealaltă sub regiunea poplitee;

 se ridică pacientul în poziţie şezând şi se roteşte cu un unghi de 90°,fiind adus la

marginea patului;

 reaşezarea în pat se face executând mişcările în ordine inversă.

**c) Aşezarea pacientului în fotoliu**

 se aşează pacientul la marginea patului;

 se aduce fotoliul cu rezemătoarea laterală la marginea patului;

 persoana se aşează în faţa pacientului, introduce mâinile sub axilă;

 pacientul se ridică uşor în picioare (ajutat de către una sau două persoane);  se întoarce pacientul cu spatele spre fotoliu şi se aşează cu grijă;   
 se acoperă cu un pled;

 readucerea în pat se face executând mişcările în sens invers.

**d) Ridicarea pacientului în poziţie ortostatică**

 se aduce pacientul la marginea patului;

 se susţine şi se ridică în picioare fiind susţinut;

 se observă pacientul, se aşează în pat daca are ameţeli;

 reaşezarea în pat se face executând mişcările în sens invers.

**e) Efectuarea primilor paşi**

 se întreabă medicul dacă pacientul poate fi mobilizat;

 se ridică întâi în poziţie şezând, apoi este adus la marginea patului;  se ridică în picioare şi se observă comportamentul;

 se sprijină de braţ sau se oferă un cadru mobil şi se parcurge distanţa recomandată de   
 medic;

 se creşte distanţa progresiv;

 pacientul este incurajat sa se deplaseze şi singur pe măsură ce starea sa permite.

Intocmit ; As. Sef Sectie

Data: 25.09.2014

Verificat: Director Ingrijiri

As. pr. Remes Gabriela

Data: 27.09.2014

Aprobat : Comitetul Director

Data: 13.10.2014