




Nr. 976 din 25.01.2022


PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ

Titlu:	IGIENIZAREA PACIENTULUI SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA		
Numărul Documentului:	PO.SJUB-DI-05		
Nivelul Reviziei:	1	Exemplarul nr:	0
DOCUMENT CONTROLAT			

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 2 of 21
		Exemplar nr. 0


1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale

	Elemente privind responsabilii/operațiunea	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1	2	3	4	5
1.1.	Elaborat	As. med. pr. Man Manuela As. Med. pr. Trișcă Mirela	As. Pr. Șef Secția Oncologie As. Pr. Șef Pediatrie		
1.2.	Verificat	As. med. pr. Remeș Gabriela	Director Ingrijiri		
1.3.	Avizat juridic	Av. Halas Niculae	Consilier juridic		
1.4.	Avizat	Cons. . Moruțan Mihaela	Sef SMCSS		
1.5.	Aprobat	Ec. Lazany Gabriel	Manager		

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 3 of 21
		Exemplar nr. 0


2. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul procedurii

	Ediția / revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile editiei sau revizieie editiei
0	1	2	3	
2.1	Ediția I	x	x	06.11.2019
	Ediția II			
2.2	Revizia 0	Conform Ordinului 600/2018	Actualizare	
2.3.	Revizia I	Capitolul 8 Capitolul 10	Adăugare subcapitol - 8.3.12. Toaleta nou născuților, sugarilor și copiilor mici Modificare indicator	25.01.2022

 <p>DIRECTOR ÎNGRIJIRI</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ</p> <p>IGIENIZAREA PACIENTULUI</p> <p>PO. SJUB – DI - 05</p>	<p>Ediția: I</p> <p>Nr. de ex.: 1</p>
		<p>Revizia: 1</p> <p>Nr. de ex.: 1</p>
		<p>Page 4 of 21</p>
		<p>Exemplar nr. 0</p>

3. Cuprins

Numărul componentei în cadrul procedurii operaționale	Denumirea componentei din cadrul procedurii operaționale	Pagina
	Coperta	
1.	Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale	2
2.	Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale	
3.	Cuprins	4
4.	Scopul procedurii operaționale	5
5.	Domeniul de aplicare a procedurii operaționale	6
6.	Documentele de referință (reglementări) aplicabile activității procedurale	7
7.	Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională	8
8.	Descrierea procedurii operaționale	9
9.	Responsabilități și răspunderi în derularea activității	19
10.	Indicatori de monitorizare	20
11.	Anexe, înregistrări, arhivări	21

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 5 of 21
		Exemplar nr. 0

4. Scopul procedurii și riscurile pe care le tratează

4.1 Scopul procedurii

- Stabilește etapele de lucru care trebuie urmate de către personalul medical (asistenți medicali și infirmieri) în vederea igienizării pacientului, pentru asigurarea confortului acestuia.

Toaleta pacientului face parte din îngrijirile de bază, ea constituind una din condițiile indispensabile ale procesului de vindecare, având rolul de a :

- menține igiena tegumentului;
- menține starea de confort a pacientului;
- previne leziunile cutanate;
- activează circulația sanguină a pacientului.

- Reglementează documentația adecvată utilizată în derularea activității, identifică neconcordanțele existente, constată existența diferențelor față de reglementări în timpul desfășurării activității;


- Asigură continuitatea activității, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului;

- Sprijina auditul și/sau alte organisme abilitate și acțiuni de auditare și/sau control

- Standardizează procesul pentru a gestiona unul sau mai multe riscuri ce pot pune în pericol atingerea obiectivului specific stabilit.


4.2. Procedura este elaborată în vederea prevenirii și diminuării următorului risc:

- Riscul de apariție a IAAM prin deficiența de igiena a pacientului .

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex. : 1
		Page 6 of 21
		Exemplar nr. 0

5. Domeniul de aplicare al procedurii operaționale

- Prezenta procedură se aplică în secțiile / compartimentele cu paturi din cadrul SJUB
- Procedura se referă la procesul de igienizare a pacientului imobilizat.
- Se adresează categoriilor de personal implicate în procedură (asistenții medicali și infirmieri)
- Procedura este disponibilă tuturor angajaților prin rețeaua intranet a SJUB.

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex. : 1
		Page 7 of 21
		Exemplar nr. 0

6. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurale

6.1. Legislație primară


- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- OSGG nr. 600/2018 *pentru aprobarea Codului controlului intern/managerial al entităților publice*, cu modificările și completările ulterioare;

6.2. Legislație secundară

- **Ord MS nr. 1.142/2013**, privind aprobarea procedurilor de practică pentru asistenți medicali generaliști.
- **Ordinul nr. 446/2017** privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

6.3. Alte documente inclusiv reglementări interne:

- Tehnici de evaluare si ingrijiri acordate de asistentii medicali – de Lucretia Titirca, editura Viata Medicala Romaneasca, 2006
- Ghid de nursing de Violeta Vacariu, editura Victor Babeș, 2012
- Regulamentul intern al Spitalului Județean de Urgență Bistrița
- Regulamentul de Organizare și Funcționare al Spitalului Județean de Urgență Bistrița
- Fișa postului pentru asistenți medicali și infirmieri

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 8 of 21
		Exemplar nr. 0


7. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională (Se vor nota toate definițiile și abrevierile folosite în cadrul procedurii operaționale)

7.1. Definiții ale termenilor

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Igienă	Ansamblu de reguli și măsuri practice pentru apărarea sănătății.
2.	Pacient/ subiect al îngrijirii	Persoană programată să primească, care primește sau care a primit servicii de îngrijire a sănătății.
3.	Confort	Totalitatea condițiilor materiale care asigură o existență civilizată, plăcută, comodă și igienică.
4.	Procesul de îngrijire	Este o metodă organizată și sistematică, care permite acordarea de îngrijiri individualizate.

7.2. Abrevieri ale termenilor

Nr. crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	SJUB	Spitalul Județean de Urgență Bistrița
2.	SMCSS	Serviciul de Management al calității serviciilor de sănătate
3.	IAAM	Infecție asociată asistenței medicale
4.	UPU	Unitatea de primire urgențe
5.	H ₂ O ₂	Apă oxigenată
6.	LCR	Lichid cefalo-rahidian
7.	EEG	Electroencefalograma

 <p>DIRECTOR ÎNGRIJIRI</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ</p> <p>IGIENIZAREA PACIENTULUI</p> <p>PO. SJUB – DI - 05</p>	<p>Ediția: I</p> <p>Nr. de ex.: 1</p>
		<p>Revizia: 1</p> <p>Nr. de ex.: 1</p>
		<p>Page 9 of 21</p>
		<p>Exemplar nr. 0</p>

8.	EAAM	Eveniment asociat asistenței medicale
----	------	---------------------------------------

8. Descrierea procedurii operaționale

8.1. Generalități

Igiena corporală a bolnavului se începe încă de la internare, când se recomandă duș și la nevoie deparazitarea pacientului. Ea rămâne însă și pe mai departe în atenția asistentului medical și a infirmierei, constituind unul dintre factorii esențiali ai vindecării.

Neglijarea igienei corporale scade capacitatea funcțională a pielii și reduce posibilitățile de apărare și regenerare a organismului. Toaleta pacienților imobilizați la pat se efectuează de infirmieră sub supravegherea asistentului medical.

Toaleta pacientului se efectuează la preluarea pacientului în serviciul UPU (la indicația asistentului de caz) și la pacienții care se internează prin Biroul de internări, la Garderoba spitalului, de către infirmiera care preia pacientul împreună cu garderobiera, atunci când starea igienică o impune.


Pe parcursul internării toaleta pacienților se efectuează de către infirmieră la indicația asistentului medical în concordanță cu starea generală a pacientului.

Înainte de a efectua toaleta pacientului asistenta / infirmiera va colecta date cu privire la starea pacientului ; puls, tensiune, respirație , ce mobilizare i se permite în ziua respectivă, dacă se poate spăla singur, pe care parte a corpului și decide:

- pacientul n-are nevoie de ajutor - își va efectua singur toaleta
- pacientul are nevoie de sprijin fizic și psihic - discută, îl incurajează să-și efectueze toaleta.
- pacientul are nevoie de ajutor parțial (dacă poate fi mobilizat, îl transportă cu căruciorul la duș unde îl ajută să-și efectueze toaleta iar dacă nu poate fi mobilizat aduce la patul bolnavului materialele necesare și-l ajută să-și efectueze toaleta.
- pacientul necesită ajutor complet - efectuează toaleta pe regiuni la patul bolnavului

Principii după care se orientează asistentul medical

- se apreciază starea generală a bolnavului , pentru a evita o toaletă prea lungă, prea obositoare
- se verifică temperatura ambiantă, pentru a evita răcirea bolnavului
- se evită curenții de aer prin închiderea geamurilor și a ușilor
- se izolează bolnavul (dacă e posibil printr-un paravan) de anturajul său

 <p>DIRECTOR ÎNGRIJIRI</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ</p> <p>IGIENIZAREA PACIENTULUI</p> <p>PO. SJUB – DI - 05</p>	<p>Ediția: I</p> <p>Nr. de ex.: 1</p>
		<p>Revizia: 1</p> <p>Nr. de ex.: 1</p>
		<p>Page 10 of 21</p>
		<p>Exemplar nr. 0</p>

- se pregătesc în apropiere materialele necesare toaletei, schimbării lenjeriei patului și a bolnavului și pentru prevenirea escarelor
- bolnavul va fi dezbrăcat complet și se va acoperi cu cearșaf și pătură
- se descoperă progresiv numai partea care se va spăla
- se stoarce corect buretele sau mănua de baie, pentru a nu se scurge apa în pat sau pe bolnav
- se săpunește și se clătește cu o mână fermă, fără brutalitate, pentru a favoriza circulația sanguină
- apa caldă trebuie să fie din abundență, schimbată de câte ori este nevoie, fără a se lăsa săpunul în apă
- se insistă la pliuri, sub sâni, la mâini și în spațiile interdigitale, la coate și axile
- se mobilizează articulațiile în toată amplitudinea lor și se masează zonele predispuse escarelor
- ordinea în care se face toaleta pe regiuni: spălat, clătit, uscat
- se mută mușamaua și aleza de protecție, în funcție de regiunea pe care o spălăm

8.2 Resurse necesare

8.2.1. Resurse materiale

- materiale sanitare, materiale de curățenie, lenjerie, echipament de protecție: conform manoperelelor descrise în cadrul procedurii

8.2.2 Resurse umane

- infirmiere, brancadieri și asistenți medicali

8.2.3 Resurse financiare

- buget constituit și alocat.


8.3. Modul de lucru

8.3. 1. Materiale necesare

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

Pentru toaleta completă la pat se pregătesc:

- materiale pentru protecție: mușama, aleză, cearșaf, prosop de baie;
- materiale pentru spălat: cană cu apă caldă și rece, lighean, mănuși de toaleta, prosoape, forfecuță și pilă pentru unghii, piepten, alcool, săpun neutru, mănuși de unică folosință, alcool mentolat, talc;
- materiale pentru toaleta cavității bucale: periuță, pastă, pahar;

 <p>DIRECTOR ÎNGRIJIRI</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI</p> <p>PO. SJUB – DI - 05</p>	<p>Ediția: I Nr. de ex.: 1</p>
		<p>Revizia: 1 Nr. de ex.: 1</p>
		<p>Page 11 of 21</p>
		<p>Exemplar nr. 0</p>

- materiale pentru toaleta organelor genitale: ploscă, pense, post-tampon, tampoane;
- lenjerie curată de corp și pat;
- sac pentru lenjerie murdară.

8.3.2. Efectuarea procedurii

Se dezbracă pe rând fiecare regiune și se insistă în anumite zone după cum urmează:


- la față și gât : se începe cu ochii, se insistă cu mișcări circulare în zona periorală și perinazală, se insistă la ureche în cute și regiunea retroauriculară;
- se schimbă mănuașă;
- pe partea anterioară a toracelui se insistă în axile, la femei în pliurile submamare;
- la membrele superioare, spălarea se face cu mișcări lungi și circulare începând de la articulația pumnului spre umăr pentru a stimula circulația de întoarcere. Se insistă la spațiile interdigitale și se taie unghiile;
- la nivelul abdomenului se insistă la nivelul pliurilor inghinale unde apar ușor iritații, la nivelul ombilicului care poate fi murdar;
- pe partea posterioară, cu pacientul așezat în decubit lateral, se insistă în plica interfesieră;
- se controlează punctele de sprijin, se fricționează ușor cu alcool mentolat și se pudrează cu talc;
- se readuce pacientul în decubit dorsal și se continuă cu spălarea membrelor inferioare insistând la nivelul genunchiului, plicii poplitee, în regiunea plicii inghinale, în regiunea tendonului lui Ahile și călcâiului; picioarele se introduc într-un lighean cu apă pentru a tăia mai ușor unghiile;
- toaleta organelor genitale se face cu pacientul în poziție ginecologică folosind pense posttampon sau mănuași de unică folosință. Direcția 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 sfârșit pacientul este ridicat în poziție șezând (dacă se poate) sau întors în decubit lateral pentru igiena gurii. Îngrijirea se încheie cu pieptanarea părului.

8.3.3. Toaleta pacientului pe regiuni

- toaleta pe regiuni a pacientului imobilizat la pat permite examinarea tegumentelor și observarea unor modificări - de exemplu, roșeață, iritație – luarea unor măsuri terapeutice;
- pentru activarea circulației sanguine, după spălarea întregului corp, se fricționează cu alcool mentolat îndeosebi regiunile predispuse la escare;

De evitat

- în timpul băii pe regiuni a pacientului imobilizat la pat, udarea aparatului gipsat, a pansamentului

 Spitalul Județean de Urgență Bistrița DIRECTOR ÎNGRIJIRI	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 12 of 21
		Exemplar nr. 0

Obiective:

- îndepărtarea de pe suprafața pielii a stratului cornos descuamat și impregnate cu secrețiile glandelor sebacee și sudoripare, amestecate cu praf, alimente, resturi de dejecții și alte substanțe străine, care aderă la piele
- deschiderea orificiilor de excreție ale glandelor pielii
- înviorarea circulației cutanate și a întregului organism
- producerea unei hiperemii active a pielii, care favorizează mobilizarea anticorpilor
- liniștirea bolnavului, crearea unei stări plăcute de confort

Etapele toaletei

- Se va respecta următoarea succesiune: se începe cu fața, gâtul și urechile, apoi brațele și mâinile, partea anterioară a toracelui, abdomen, fața anterioară a coapselor; se întoarce bolnavul în decubit lateral și se spală spatele, fesele și fața posterioară a coapselor, din nou în decubit dorsal, se spală gambele și picioarele, organele genitale externe - îngrijirea părului, toaleta cavității bucale.

8.3.4. Îngrijirea ochilor

Scop

- prevenirea infecțiilor oculare
- îndepărtarea secrețiilor

Pregătiri

materiale

- apă, prosop, tampoane din tifon, comprese, mănuși de baie

pacientul


- se informează (îngrijirea se face în cadrul toaletei zilnice)

Tehnica

- se îndepărtează secrețiile oculare de la comisura externă spre cea internă, cu ajutorul unui tampon steril
- se spală ochii cu mâna acoperită cu mănuși, se limpezesc și se șterg cu prosopul curat

DE ȘTIUT:

- la pacientul inconștient, prin lipsa reflexului palpebral, pentru a menține suplețea corneei, se picură „lacrimi artificiale” în fiecare ochi; iar dacă ochiul rămâne deschis (corneea se usucă), se aplică comprese îmbibate în ser fiziologic și se îndepărtează în mod regulat secrețiile oculare.

 <p>DIRECTOR ÎNGRIJIRI</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ</p> <p>IGIENIZAREA PACIENTULUI</p> <p>PO. SJUB – DI - 05</p>	<p>Ediția: I</p> <p>Nr. de ex.: 1</p>
		<p>Revizia: 1</p> <p>Nr. de ex. : 1</p>
		<p>Page 13 of 21</p>
		<p>Exemplar nr. 0</p>

8.3.5. Îngrijirea mucoasei nazale

Scop

- menținerea permeabilității căilor respiratorii superioare
- prevenirea escarelor, infecțiilor nazale, în cazul în care pacientul prezintă sonde introduse pe această cale (pentru oxigenoterapie, pentru evacuarea conținutului gastric).

Pregătiri

materiale

- tampoane sterile, montate pe bastonașe, ser fiziologic, H₂O₂ diluată, tăviță renală, mănuși de cauciuc

pacientul

- se informează, i se explică necesitatea tehnicii, i se întoarce capul ușor într-o parte
- se curăță fosele nazale, fiecare cu câte un tampon umezit în ser fiziologic
- dacă pacientul prezintă o sondă:
 - se dezlipește romplastul cu care este fixată
 - se retrage sonda 5-6 cm
 - se curăță tubul cu un tampon de urmele de romplast
 - se îndepărtează crustele de pe mucoasa nazală cu tamponul umezit în apă oxigenată diluată
 - se reintroduce sonda gastrică, iar sonda pentru oxigenoterapie se poate reintroduce în cealaltă fosă nazală
 - se fixează sonda

Îngrijiri ulterioare

- se controlează funcționalitatea sondelor după curățarea mucoasei nazale
- se supraveghează respirația pacientului

DE EVITAT:

- contactul mâinilor cu secrețiile nazale

8.3.6. Îngrijirea urechilor

Scop


- menținerea stării de curățenie a pavilionului urechii și a conductului auditiv extern
- îndepărtarea depozitelor naturale (cerumen) sau a celor patologice

Pregătiri

materiale

- tampoane sterile, montate pe bețișoare, tăviță renală, apă, săpun, manuşă de baie, prosop

pacientul

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 14 of 21
		Exemplar nr. 0

- se informează
- se întoarce cu capul pe partea opusă

Tehnica

- se curăță conductul auditiv extern cu tamponul uscat
- se spală pavilionul urechii cu mâna acoperită cu mănușa de bumbac cu săpun, curățind cu atenție șanțurile pavilionului și regiunea retroauriculară
- se limpezește, se usucă cu prosopul pavilionul urechii și conductul auditiv extern

Îngrijiri ulterioare

- se introduce în conductul auditiv extern un tampon de vată absorbant

DE ȘTIUT:

- fiecare ureche se curăță cu un tampon separat
- dacă prin conductul auditiv extern se scurge *LCR sau sânge* va fi informat medicul

DE EVITAT

- introducerea tamponului peste limita vizibilității (pericol de lezare a timpanului)

8.3.7. Îngrijirea cavității bucale

Scop

- obținerea unei stări de bine a pacientului
- profilaxia cariilor dentare
- profilaxia infecțiilor cavității bucale


Pregătiri

materiale

- pentru *pacientul conștient*: periuță, pastă de dinți, prosop, tăviță renală, pahar cu apă
- pentru *pacientul inconștient*: comprese, tampoane sterile din tifon, instrumentar steril (deschizător de gură, spatulă linguală, pensă porttampon), glicerină boraxată 20%, tăviță renală, mănuși de cauciuc sterile

pacientul

- *conștient* : este așezat în poziție șezând sau în decubit lateral stâng, cu prosopul în jurul gâtului
- *inconștient* : în poziție decubit dorsal, capul într-o parte, cu prosopul sub bărbie

 Spitalul Județean de Urgență Bistrița DIRECTOR ÎNGRIJIRI	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 15 of 21
		Exemplar nr. 0

Tehnica

- *pacientul conștient* este servit, pe rând, cu materialele și ajutat să-și facă toaleta cavității bucale
- *pacientul inconștient*
- se introduce deschizătorul de gură între arcadele dentare
- se șterg limba, bolta palatină, suprafața internă și externă a arcadelor dentare cu tampoane îmbibate în glicerină boraxată, cu mișcări dinăuntru în afară
- se șterg dinții cu un alt tampon
- la sfârșit se ung buzele

Îngrijiri ulterioare

- se strâng materialele
- se așează pacientul în poziție confortabilă

DE ȘTIUT

- la pacienții inconștienți, care prezintă proteză dentară, aceasta se va scoate, spăla și păstra într-un pahar mat cu apă
- toaleta cavității bucale la pacientul inconștient se poate face și cu indexul acoperit cu un tampon de tifon, mâna fiind îmbrăcată în mănușă

DE EVITAT:

- contactul mâinilor cu secreția salivară a pacientului sau cu materialul folosit

8.3.8. Îngrijirea unghiilor


Scop

- obținerea unei aparențe îngrijite a pacientului
 - îndepărtarea depozitului subunghial, care conține germeni patogeni
 - *evitarea leziunilor cutanate prin grataj la pacienții cu prurit și de asemenea la pacienții agitați*
- Zilnic: unghiile se spală cu apă și săpun și cu periuța de unghii. Pentru spălarea piciorului, acesta va fi introdus într-un lighean cu apă, după care se va face tăierea unghiilor.

Pregătiri

- *materiale*
- *apă, săpun, periuță, forfecuță de unghii, pilă, prosop*
- *pacientul*
- se informează, se așează comod, relaxat

Tehnica

 <p>DIRECTOR ÎNGRIJIRI</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ</p> <p>IGIENIZAREA PACIENTULUI</p> <p>PO. SJUB – DI - 05</p>	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 16 of 21
		Exemplar nr. 0

- se taie unghiile cu atenție, la nivelul degetului, pentru a degaja părțile laterale spre a nu se aduna murdăria, apoi, se pilesc; mâna sau piciorul se așează pe un prosop pe care se adună fragmentele tăiate

DE ȘTIUT :

- instrumentele după utilizare se dezinfectează

DE EVITAT :

- lezarea țesuturilor adiacente (risc de hemoragie la hemofilici, risc de infecții panariții - la diabetici)

8.3.9. Îngrijirea părului

Scop

- pentru starea de bine a pacientului
- igienic
- spălare la una-două săptămâni, la pacientul cu spitalizare îndelungată
- distrugerea paraziților
- pregătirea pentru examen E.E.G.
- pregătirea pentru operație la față, nas

Contraindicații

- fracturi ale craniului, traumatisme mari, pacienți cu stare generală alterată, febrili, cu boli ale pielii capului

Zilnic: se face perierea, pieptănarea și, eventual, împletirea părului

Pregătiri

Condiții de mediu


- temperature 22-24°C
- închiderea ferestrelor , evitarea curenților de aer

• *materia/e*

- pieptene, șampon, săpun insecticide (dacă este cazul), uscător, lighean, apă caldă, mușama, aleză, prosoape

• *pacientul*

- se informează
- poziția se alege în funcție de starea sa :
 - șezând pe un scaun
 - șezând în pat
 - decubit dorsal în pat, cu salteaua îndoită sub torace
 - decubit dorsal, oblic în pat

 <p>DIRECTOR ÎNGRIJIRI</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI</p> <p>PO. SJUB – DI - 05</p>	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 17 of 21
		Exemplar nr. 0

Tehnica

- se pregătește patul și se protejează cu mușama și aleză
- se umezește părul, se șamponează
- se masează ușor pielea capului cu pulpa degetului, se spală de două-trei ori
- se limpezește părul din abundență, se acoperă cu prosopul uscat
- se usucă părul, se piaptână cu blândețe

Îngrijiri ulterioare

- se acoperă capul pacientului cu o băsmăluță
- se reinstalează pacientul în poziție confortabilă
- obiectele folosite se dezinfectează

8.3.10. Toaleta intimă

Scop

- igienic
- menținerea unei stări de confort fizic

Părțile intime ale corpului sunt expuse infecțiilor, ulcerelor de presiune, mirosurilor neplăcute, având în vedere anatomia și fiziologia lor (pliuri ale pielii, orificii naturale ale corpului, glande, organe excretoare).

Se execută de mai multe ori pe zi la pacienții inconștienți, cu sonde vezicale, înaintea intervențiilor chirurgicale în regiunea anală, organe genitale sau pe căile urinare și în perioadele menstruale.

Dacă pacientul este independent, i se pregătesc materialele pentru a se îngriji singur.

Pregătiri

materiale


- paravan, două bazine, tampoane sterile din vată, pensă porttampon, cană cu apă caldă, săpun lichid, prosop, mănușă de *cauciuc*, mănușă de baie, *mușama, aleză*, se controlează temperatura apei

Pacientul

- se informează, se asigură intimitatea
- se pregătește patul cu mușama, pacientul fiind în poziție ginecologică
- se servește un bazinet pentru a-și goli vezica urinară
- rămâne în poziție ginecologică cu al doilea bazinet curat sub regiunea sacrată

Tehnica

- se îmbracă mănușa de cauciuc, apoi cea de baie

 <p>DIRECTOR ÎNGRIJIRI</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ</p> <p>IGIENIZAREA PACIENTULUI</p> <p>PO. SJUB – DI - 05</p>	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 18 of 21
		Exemplar nr. 0

- se spală regiunea dinspre simfiza pubiană spre anus, turnând apă și săpun lichid
- se limpezește abundant
- se scoate bazinetul
- se usucă regiunea genitală anală, pliurile

Îngrijiri ulterioare

- se îndepărtează materialele, se aranjează patul
- pacientul este așezat comod

DE ȘTIUT:

- spălarea organelor genitale externe se poate face cu tampoane de vată montate pe pensa porttampon
- la bărbat, se degajă glandul de prepuț și se spală cu prudență (se previne pătrunderea săpunului în uretră)

DE EVITAT:

- contaminarea regiunii genitale cu microorganisme din regiunea anală, prin mișcări de spălare dinspre anus spre simfiza pubiană

8.3.11. Toaleta bolnavilor inconștienți și comatoși

Asigurarea igienei corporale

Bolnavul va fi spălat în fiecare zi complet (pe segmente).

Se va face toaleta parțială ori de câte ori s-a murdărit.

La femei toaleta genitală se va face de mai multe ori pe zi.

Atenție: Toate materialele folosite trebuie să fie de o curățenie exemplară și perfect sterile.

Igiena cavității bucale

- Se îndepărtează proteza, dacă există, se spală și se păstrează într-un pahar mat cu apă.
materiale

- comprese, tampoane sterile din tifon, instrumentar steril (deschizător de gură, spatulă linguală, pensă porttampon), glicerină boraxată 20%, tăviță renală, mănuși de cauciuc sterile


pacientul

- în poziție decubit dorsal, capul într-o parte, cu prosopul sub bărbie

tehnica

- se introduce deschizătorul de gură între arcadele dentare

- se șterg limba, bolta palatină, suprafața internă și externă a arcadelor dentare cu tampoane

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 19 of 21
		Exemplar nr. 0

îmbibate în glicerină boraxată, cu mișcări dinăuntru în afară

- se șterg dinții cu un alt tampon

- la sfârșit se ung buzele

- toaleta cavității bucale la pacientul inconștient se poate face și cu indexul acoperit cu un tampon de tifon, mâna fiind îmbrăcată în mănușă

DE EVITAT:

- contactul mâinilor cu secreția salivară a pacientului sau cu materialul folosit

Dimineața și seara se face toaleta gurii cu un tampon de vată înmuiat în soluție de acid boric 1% sau mușețel.

Limba, buzele, gingiile se vor șterge cu glicerină boraxată de 2-3 ori pe zi.

Buzele vor fi unse cu vaselină și se aplică peste gură un tifon îmbibat cu soluție de ser fiziologic.

Atenție: Compresa trebuie să se mențină umedă.

Prevenirea uscării corneei

- La pacientul inconștient, prin lipsa reflexului palpebral, pentru a menține suplețea corneei, se picură „lacrimi artificiale” în fiecare ochi; iar dacă ochiul rămâne deschis corneea se usucă:
- Se spală ochii cu acid boric 4%, ceai de mușețel.
- Se acoperă ochii cu câte o compresă înmuiată în aceeași soluție sau ser fiziologic.
- Se va instila în sacii conjunctivali câte o picătură de vitamina A de 2-3 ori pe zi.

Asigurarea igienei părului

- Femeile vor fi pieptănate zilnic.
- Se va spăla părul la 1-2 săptămâni.


8.3.12. Toaleta nou născuților , sugarilor și copiilor mici

În Secția **Neonatologie** baia generală se face la toți nou-născuții în primele 24 de ore de viață , după stabilizarea termică a acestora și la nou-născuții din sectoarele cezariene și prematuri . În sector rooming-in din ziua 2-a de viață li se face zinic doar baie parțială .

În Secția **Pediatrie** în funcție de starea generală toaleta copiilor se face atât prin baie generală cât și prin baie parțială.

Toaleta sugarului

Îngrijirea tegumentelor se face prin baie zilnică.

 <p>SJU-B Spitalul Județean de Urgență Bistrița DIRECTOR ÎNGRIJIRI</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ</p> <p>IGIENIZAREA PACIENTULUI</p> <p>PO. SJUB – DI - 05</p>	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 20 of 21
		Exemplar nr. 0

Baia generală a sugarului se face după 2-3 zile de la căderea bontului ombilical, după epitelizarea plăgii.

De reținut:

- baia generală se face zilnic la aceeași oră;
- temperatura camerei să fie de 24° C;
- temperatura apei să fie de 37° C;
- în lipsa termometrului de apă, temperatura apei se va verifica cu plica cotului;
- tegumentele iritate nu se vor pudra (se formează grunji care favorizează apariția escarelor);
- sugarii mari și copiii mici vor fi așezați în șezut în cadă pentru baia generală;
- copiii de vârstă școlară se vor spăla singuri, dar sub supravegherea personalului sanitar sau al aparținătorilor

Materiale necesare:


- cadă pentru sugari curată și dezinfectată;
- săpun neutru sau pentru copii; • mănușa de baie;
- cearceaf de baie sau prosop mare;
- lenjerie și scutece curate;
- perie pentru păr;
- foarfecă dezinfectată pentru tăierea unghiilor;
- sac pentru lenjeria murdară,
- coș sau sac pentru scutecele de unică folosință murdare,
- comprese, tampoane, ulei de corp, cremă pentru copii.

Baia parțială:

- se așează pe masa de înfășat sau pe pat o mușama și un scutec curat;
- se așează ligheanul cu apa caldă la 37° C alături de pat sau masa de înfășat;
- se săpunește copilul evitându-se zonele care trebuie protejate (plaga ombilicală, plăgile chirurgicale, etc.);
- se curăță săpunul cu mănușa de baie;
- se înfășoară sugarul în cearceaful de baie sau într-un prosop încălzit și se șterge prin tamponare;
- separat se spală fața sugarului;
- plicile vor fi bine șterse și apoi unse cu ulei special pentru copii, cu ajutorul unui tampon sau a unei comprese;
- se va îmbrăca sugarul după tehnica cunoscută.

Baia generală:

- Baia generală se face în cada fixă (mică, existentă în salon, adaptată nevoilor sugarului).
- Lângă cadă, pe masa de înfășat se pregătesc materialele necesare .

 <p>DIRECTOR ÎNGRIJIRI</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ</p> <p>IGIENIZAREA PACIENTULUI</p> <p>PO. SJUB – DI - 05</p>	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 21 of 21
		Exemplar nr. 0

- Pe fundul căzii se așează un scutec de pânză pentru a împiedica alunecarea sugarului.
- infirmiera îmbracă mânășă de baie;
- cu mâna stângă ține copilul de umărul și brațul stâng astfel încât spatele și ceafa copilului se vor sprijini de antebrațul infirmierei;
- cu mâna dreaptă prinde copilul de ambele glezne, sau îl sprijină de regiunea fesieră;
- introducerea sugarului în apă se face încet și cu multă blândețe;
- se lasă , apoi, libere membrele inferioare ale copilului;
- cu mâna îmbrăcată în mânășă de baie se săpunește întâi capul, apoi gâtul, toracele anterior, membrele superioare și cele inferioare;
- se întoarce copilul, sprijinindu-l de fața anterioară a toracelui și a bărbiei pe antebrațul stâng, susținându-i cu mâna stângă umărul drept și axila;
- se săpunește spatele, regiunea fesieră și la sfârșit zona organelor genitale;
- se îndepărtează și ultimele resturi de săpun și se scoate cu grijă copilul din cadă, așezându-l pe cearceaful / prosopul de baie pregătit;
- se șterge copilul prin tamponare; • se îmbracă copilul după tehnica cunoscută și se așează în pat, în poziție de siguranță și de confort.

Tehnica de îmbrăcare a copilului


Îmbrăcămintea și tehnica de îmbrăcare a copilului variază în funcție de vârstă, patologie, anotimp. Lenjeria de corp, ca de altfel întreaga îmbrăcămintă a copilului, ar trebui să aibă o croială simplă, comodă, ușor de îmbrăcat și dezbrăcat, care să nu-i limiteze mișcările. Înfășurarea sugarului trebuie executată repede și corect pentru a nu expune sugarul la oboseală sau răceală.

Pentru operativitate se vor pregăti din timp următoarele materiale necesare:

- păturică de molton sau polar,
- scutec de unică folosință,
- maieu cu capse între coapse sau pe abdomen (body),
- cămașă/bluză și pantaloni sau salopetă întreagă,
- produse de toaletă parțială,
- recipient pentru deșeuri și separat pentru lenjeria murdară.

Tehnica înfășurii:


- sugarul este așezat pe masa de înfășat în decubit dorsal, peste scutecul desfăcut și pregătit, astfel încât partea superioară a scutecului să depășească ușor zona lombară;

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 22 of 21
		Exemplar nr. 0

- partea anterioară a scutecului se trece printre coapsele sugarului, se întinde până pe abdomen; → se lipesc aripioarele anterioare ale scutecului, cu banda adezivă prevăzută pe partea din spate a scutecului, peste abdomen;
- atenție la mărimea scutecului
- se îmbracă body-ul: întâi capul, apoi pe rând, câte o mână, apoi se trage ușor peste corp și se capsează;
- după aceeași tehnică se îmbracă bluza și apoi pantalonii sau salopeta;
- îmbrăcarea cămășuței: se strâng mânecile cămășuței, se introduc primele trei degete de la mâna stângă a infirmierei în mâneca cămășuței, se prinde mâna copilului, iar cu mâna dreaptă se trage cămașa peste brat

Dezbrăcarea sugarului se va face în ordinea inversă îmbrăcării, cu mențiunea că:

hainele murdare dezbrăcate de pe sugar vor fi puse direct în sacul de lenjerie murdară, scutecul de unică folosință va fi aruncat în recipientul destinat colectării acestora, (dacă nu conține sânge, puroi, etc. – caz în care va fi aruncat la deșeuri periculoase); înainte de îmbrăcarea sugarului se va face toaleta parțială a acestuia.

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 23 of 21
		Exemplar nr. 0

9. Responsabilități (descrierea responsabilitatilor)

9.1. Directorul de îngrijiri


- Coordonează și controlează activitățile de îngrijiri din cadrul spitalului

9.2. Asistentul șef sau coordonator

- Instruiește personalul din subordine.
- Urmărește aplicarea procedurii.


9.3. Asistenții medicali și infirmierele din secțiile și compartimentele spitalului

- Aplică procedura

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 24 of 21
		Exemplar nr. 0

10. Indicatori de monitorizare

1. Număr neconformități având ca subiect igiena personală a pacientului / Număr total pacienți internați (An) x 100
2. Număr de EAAAM având drept cauză efectuarea toaletei/ Numar de pacienți internați x 100

	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ IGIENIZAREA PACIENTULUI PO. SJUB – DI - 05	Ediția: I Nr. de ex.: 1
		Revizia: 1 Nr. de ex.: 1
		Page 25 of 21
		Exemplar nr. 0

11. Anexe, înregistrări, arhivări

11.1 Anexe

11.1.1 Anexa 1 - Formular de analiză a procedurii

11.1.2 Anexa 2 - Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii

11.2 Înregistrări

Dosarul de îngrijiri al pacientului (**Anexa 2.1 si Anexa 2.2 - Intervenții ale infirmierei**)

11.3 Arhivări

FOCG cu Dosarul de îngrijiri al pacientului

Procedura operațională se găsește la SMCSS, fiind disponibilă pe rețeaua intranet a spitalului. Procedurile operaționale retrase sau revizuite se păstrează termen de 2 ani de către SMCSS. După această perioadă se predau la Arhiva SJUB, cu respectarea reglementărilor specifice arhivării.

Documentația specifică rezultată în urma aplicării prevederilor prezentei proceduri se arhivează și se păstrează conform prevederilor procedurii specifice privind arhivarea documentelor medicale implementată la nivelul unității sanitare.

Formular de analiză procedură

Denumire structură	Nume, prenume al șefului de structură	Aviz favorabil		Aviz nefavorabil		
		Data	Semnătura	Data	Observații la procedură	Semnătura
1	2	3	4	5	6	7

Anexa 2
Lista de difuzare

Nr. crt.	Scopul difuzării	Nr. ex./ modalitate predare	Secția/ Compartimentul	Funcția	Nume și prenume	Data primirii	Semnătura
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

