



**CONSILIUL JUDEȚEAN BISTRIȚA-NĂSĂUD**  
**SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA**



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404  
E-mail: [spital.bistrita@gmail.com](mailto:spital.bistrita@gmail.com) / [spital.oficiu@gmail.com](mailto:spital.oficiu@gmail.com)

Nr. 4558 din 14.05.2020

## PROCEDURĂ OPERATIONALĂ

Titlu:	<b>PREVENIREA SI INGRIJIREA ESCARELOR DE DECUBIT</b> SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA		
Numărul Documentului:	PO.SJUB-DI-03		
Nivelul Reviziei:	0	Exemplarul nr:	0
<b>DOCUMENT CONTROLAT</b>			



ISO 9001:2015


ISO 14001:2015

OHSAS 18001:2007

42237/C/0001/UK/Ro


42237/B/0001/UK/Ro



 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 1 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.pr. Remes Gabriela	Director Ingrijiri		
1.2.	Verificat	Dr. Deak Maria Gabriela	Director Medical		
1.3.	Avizat juridic	Av. Halas Niculae	Consilier juridic		
1.4.	Avizat	Ec. Morutan Mihaela	Sef SMC		
1.5.	Aprobat	Ec. Lazany Gabriel	Manager		

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 2 of 21
		Exemplar nr. 0


## 2.Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul procedurii

	<b>Ediția / revizia în cadrul ediției</b>	<b>Componenta revizuită</b>	<b>Modalitatea reviziei</b>	<b>Data de la care se aplică prevederile editiei sau revizieie editiei</b>
0	1	2	3	
2.1	Ediția I	x	x	
2.2	Ediția II	x	x	
2.3	Revizia 0	Ordin SGG nr. 600/2018 privind Controlul intern managerial în unitățile publice	Formatul procedurii conform Ordinului SGG nr. 600/2018	

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p align="center"><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 3 of 21
		Exemplar nr. 0

### 3. Cuprins

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

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 4 of 21
		Exemplar nr. 0

#### 4. Scopul procedurii operationale

##### 4.1. Scopuri generale:


- Stabilește modul de realizare a activității compartimentelor și persoanelor implicate ;
- Dă asigurări cu privire la existența documentației adecvate derulării activității ;
- Asigură continuitatea activității, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului ;
- Sprijină auditul și/sau alte organisme abilitate în acțiuni de auditare și/sau control, iar pe manager, în luarea deciziei .

##### 4.2. Scopuri specifice:

- Scopul principal al procedurii îl constituie diminuarea și prevenirea apariției ulcerelor de presiune și a consecințelor acestora pentru pacienții spitalizați.
- Ca urmare, primul pas al prezentei proceduri este stabilirea obiectivelor specifice:
  - identificarea pacienților cu risc de a dezvolta ulcere de presiune și evitarea apariției acestora pe durata spitalizării;
  - stabilirea îngrijirilor necesare controlului și minimizării factorilor de risc care intervin în dezvoltarea ulcerelor de presiune;
  - definirea intervențiilor pentru menținerea integrității pielii;
  - îmbunătățirea cunoștințelor despre evaluarea, prevenirea și tratamentul ulcerelor de presiune prin formarea personalului medical și a pacienților;
  - raționalizarea resurselor disponibile pentru a presta îngrijiri efective și eficiente;
  - elevarea nivelului siguranței pacienților diminuând incidența și prevalența ulcerelor de presiune.


##### 4.3. Riscul pe care le tratează procedura sunt:

- Riscul de a dezvolta ulcere de presiune datorita erorilor in procesul de ingrijire al pacientilor spitalizati.

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	<p>Ediția: II</p> <p>Nr. de ex.: 1</p>
		<p>Revizia: 0</p> <p>Nr.de ex. : 1</p>
		<p>Page 5 of 21</p>
		<p>Exemplar nr. 0</p>

### **5. Domeniul de aplicare al procedurii operationale**

- Procedura operationala „Prevenirea si ingrijirea escarelor de decubit „, se aplică de către personalul medical, parțial sau total tuturor pacienților, din momentul internării până la externare (părăsirea incintei organizației), în toate sectiile/compartimentele de îngrijire existente în SJUB (în special îngrijiri critice, urgențe, blocul chirurgical, etc. excluzând pediatria).
- Procedura este disponibilă tuturor angajaților pe rețeaua intranet a SJUB .

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p align="center"><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II
		Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0
		Nr.de ex. : 1
		Page 6 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 secundara**

- Ordinul nr. 446/2017 pentru aprobarea Standardelor, Procedurilor și Metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.
- Legea 46/2003 cu modificările și completările ulterioare privind drepturile pacientului.
- Directiva Drepturi Pacienti 2011/ 24/EU Calitate si Securitate

### **6.3. Alte documente, inclusiv reglementari interne ale entității publice**

- Australian Wound Management Association - Management of Pressure Injury.
- Cambridge:Media Osborne Park, WA; 2012.
- Tehnici de evaluare și îngrijiri acordate de asistenți medicali - Ghid de nursing, coordonator lucrare: Lucreția Titirică, Editura - Viața Medicală Românească;
- PO GP.SJUB-DI-01 - Ghid de bune practici pentru asistenții medicali
- Fise de post
- Manualul Calității al Spitalului Județean de Urgență Bistrita
- Regulamentul Intern al Spitalului Județean de Urgență Bistrita
- Regulamentul de organizare și funcționare al Spitalului Județean de Urgență Bistrita
- Proiect OAMGMAMR – Ghid de elaborare si dezvoltare a Planului de ingrijire

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 7 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.	Pacient	Persoană care beneficiază de îngrijire medicală preventivă, curativă și paliativă
2.	Escara	Zonă a pielii sau țesutului adiacent care prezintă leziuni sau traume situate, în general, pe o proeminență ca urmare a presiunii, singure sau în combinație cu forfecarea sau frecarea .
3.	Ulcere de presiune (UDP)	Este o leziune de origine ischemică, localizată în piele și în țesuturile subiacente, cu pierderea substanței cutanate produsă prin presiune prelungită sau frecare între două plane tari.
4.	Scala Norton	Este un instrument de evaluare a factorului de risc pe care îl prezintă o persoană față de apariția și dezvoltarea escarelor (ulcere de presiune). (Anexa 3).
5.	Mobilizarea	Este mișcarea pacientului, pentru a preveni complicațiile cauzate de imobilizare.

**7.2 Abrevieri ale termenilor**

Nr. crt	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	P.O./P.S.	Procedură operațională
2.	E	Elaborare
3.	V	Verificare
4.	A	Aprobare
5.	Ap.	Aplicare
6.	Ah.	Arhivare
7.	SJUB	Spitalul Județean de Urgență Bistrița
9.	SCM	Sistem de Control Managerial
10.	SMC	Serviciul de management al calității
11	UDP	Ulcer de presiune



 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p align="center"><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 8 of 21
		Exemplar nr. 0

## 8. Descrierea procedurii operaționale

### 8.1.1. Generalități

Escarele de decubit sau ulcerele de presiune sunt leziuni profunde ale țesuturilor determinate de irigarea lor insuficientă cauzată de compresiunile îndelungate ale acestora între proeminențele osoase și planul dur al patului. Reprezintă o cauză majoră de morbiditate și mortalitate, în special în cazul pacienților chirurgicali și neurologici.

Managementul acestor leziuni este o problemă de sănătate publică datorită faptului că orice pacient imobilizat la pat pentru mai mult timp va dezvolta escare de decubit.

Escarele pot apărea după intervale variabile de timp, de la câteva ore la câteva zile, în funcție de factorul de risc și de toleranța pielii la presiune îndelungată.

Ulcerule de presiune constituie un indicator indirect al calității și reprezintă o importantă problemă de sănătate cu consecințe grave la diferite nivele, pacienți și aparținători, profesioniști sanitari și sistemul sanitar. Apariția UDP este un proces intim legat de îngrijirile prestate, ceea ce obligă la realizarea unei prevenții eficiente atât în termeni de beneficii pentru pacient cât și de reducerea costurilor îngrijirilor și a sarcinii de muncă a personalului.

În sfârșit, apariția UDP poate avea consecințe legale atât pentru personalul sanitar care îngrijește în mod direct pacientul cât și pentru instituție, având în vedere că majoritatea UDP se pot evita.


### 8.1.2. Cauzele pot fi :

#### a ) Generale, determinate de imobilizarea pacientului asociată cu: (paralizii ale membrelor, stări de subnutriție, obezitate, vârstă, bolnavi adinamici).

- pacienții inconștienți, adinamici, care nu-și pot schimba singuri poziția;
- pacienții cu afecțiuni cerebro - vasculare care pot produce tetraplegii, paralizii;
- obezitatea sau stările de subnutriție;
- deficit de autoîngrijire datorită vârstei;
- cașexia, traumatismele, fracturile , imobilitatea;
- edemele;
- incontinența de urină și de materii fecale;
- febra, deshidratarea, anemia, depresia senilă;
- medicația: chimioterapia, terapii biologice, steroizi, neuroleptice și cu tranchilizante;
- tulburările de circulație;
- tumorile maligne;

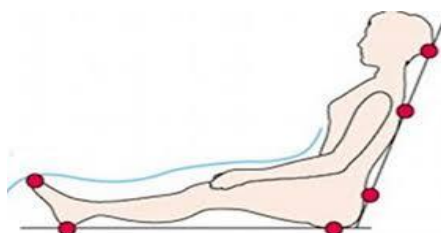
#### b) Locale sau favorizante, în evitarea cărora intervine personalul de îngrijire (asistentul medical și infirmiera):

- menținerea îndelungată în aceeași poziție
- lenjerie de pat umedă, neabsorbantă, șifonată (cute ale lenjeriei de pat și de corp)
- existența resturilor alimentare sau a tampoanelor, compreselor pe lenjerie de pat;
- igiena defectuoasă a tegumentelor și mucoaselor

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p align="center"><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II
		Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0
		Nr.de ex. : 1
		Page 9 of 21
		Exemplar nr. 0

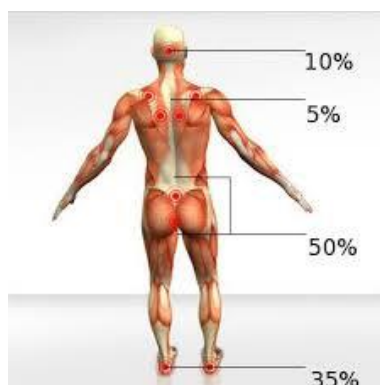
### 8.1.3. Următorii factori favorizează apariția escarelor:

- presiunea prelungită pentru persoanele imobilizate la pat sau în fotoliu cu roțile
- menținerea mai mult de 2 ore a pacientului în aceeași poziție;
- uscăciunea pielii;
- pierderea în greutate (favorizează apariția escarelor datorita reducerii grosimii țesutului între os și piele).
- dieta săracă în minerale, vitamine
- lipsa de lichide (deshidratarea)
- pielea umedă datorită transpirației, incontinenței
- boli cronice, de exemplu diabetul,
- poziția “alunecat” în pat sau fotoliu duce la “forfecarea” pielii în zonele de sprijin ale corpului (fig. 1).
- 

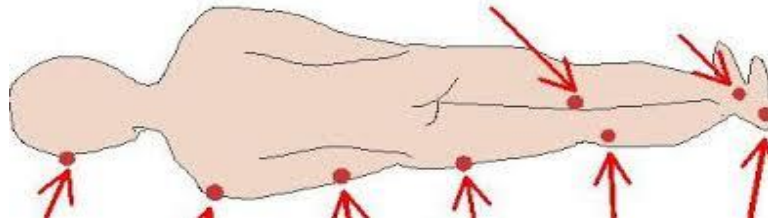


### 8.1.4. Regiunile expuse escarelor :

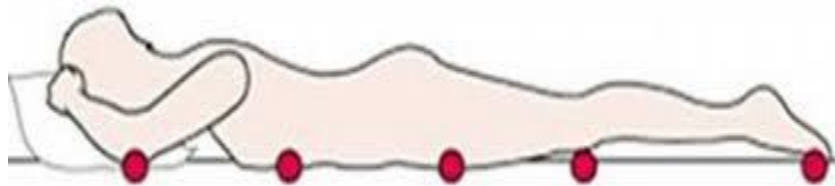
a ) Decubit dorsal : regiunea occipitală, omoplați, coate, regiunea sacrococcigiană și călcâie (fig.2)



b) Decubit lateral : umăr, cot, regiunea parietală, coapsă, la nivelul proeminențelor trohanteriene , fețele laterale ale genunchilor și maleole ( fig. 3 ).



c ) Decubit ventral : coatele, fața anterioară a toracelui, abdomen (la obezi, pacienți cu ascită), genunchii, degetele membrelor inferioare ( fig. 4 ).




**8.1.5. Escarele sunt clasificate, în funcție de gradul de afectare a straturilor pielii și țesuturilor subiacente, astfel ( fig.5 ):**

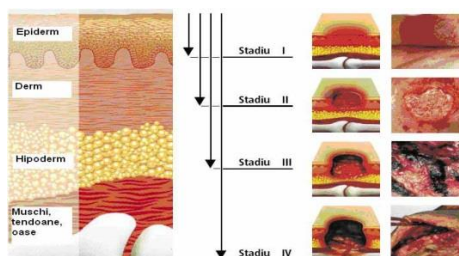
**Stadiul I** – pielea este intactă, de culoare roșie, escara fiind localizată de regulă, deasupra unei proeminențe osoase. Culoarea roșie a pielii nu dispăre în decurs de 30 minute de la îndepărtarea presiunii. Zona poate fi dureroasă, fermă sau moale, mai caldă sau mai rece. Leziune superficială, eritem stabil mai mult de două ore. Vindecarea naturală este încă posibilă dar este nevoie și de reducerea presiunii asupra țesuturilor;

**Stadiul II** – epidermul este deteriorat, formându-se o rană deschisă , superficială, de culoare roz-roșatică. Apar vezicule intacte sau sparte cu sau fără secreții, vezicule care conțin lichid seros (flictene). Leziunea este superficială, arată însă ca o bășică sau zgârietură. Trebuie aplicat pansament și este necesară supravegherea leziunii;

**Stadiul III** – pierderea totală a grosimii pielii până la nivelul fasciei musculare. Este profundă deși la suprafață are aspect de deschizătură de mici dimensiuni. Rana este mai adâncă afectând al doilea strat al pielii - dermul ajungând până la țesutul adipos subcutanat. În acest stadiu poate apărea necroza (țesut mort de culoare neagră sub formă de crustă) și se pot forma extensii subcutanate profunde ale răni (buzunare). Poate fi însoțită de infecții și, de regulă, se tratează chirurgical;

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II
		Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0
		Nr. de ex. : 1
		Page 11 of 21
		Exemplar nr. 0


**Stadiul IV** – pierderea totală a grosimii țesuturilor, leziuni profunde care afectează inclusiv mușchi și oase. Rana este acoperită de secreții, este infectată și prezintă țesut necrozat din abundență iar extensiile subcutanate profunde sunt frecvente. Predispoziție la septicemie, risc de infecție osoasă. Intervenția chirurgicală nu poate fi evitată, uneori fiind necesară îndepărtarea unor porțiuni osoase.



## 8.2. Resurse necesare

### 8.2.1. Resurse materiale

- materiale sanitare pentru îngrijirea plăgilor
  - substanțele antiseptice pentru curățirea și dezinfectia plăgii – apa oxigenată, rivanol, cloramină, betadină; și a tegumentelor din jur: alcool iodat 2%, tinctura de iod.
  - casoleta cu materialele care realizează protecția plăgii și care sunt ușoare, se pot steriliza, nu sunt iritante pentru tegumente, sunt absorbante: compresele din tifon sterile; tamponane din tifon/ vată, meșe, feșe de tifon.
  - materiale de fixare: leucoplast (se aplică pe tegument ras și degresat; este impermeabil pentru aer), feși de tifon diferite mărimi (realizează „înfășarea” chirurgicală).
  - cutie cu instrumentar chirurgical steril: pense, foarfecă.
  - tăviță renală, mănuși sterile, mănuși de protecție.
  - aleză, mușama
  - seringi sterile
- medicamente: la indicația medicului
- echipamente de protecție pentru personal (halat, mănuși, bonetă)
- materiale sanitare pentru efectuarea igienizării pacientului:
  - 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, pi piepten, alcool, săpun neutru, mănuși de unică folosință, alcool mentolat, talc;
  - materiale pentru toaleta cavității bucale: periuță, pastă, pahar;
  - materiale pentru toaleta organelor genitale: ploscă, pense, post-tampon, tamponane;

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p align="center"><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II
		Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0
		Nr. de ex. : 1
		Page 12 of 21
		Exemplar nr. 0

- lenjerie curată de corp și pat;
- sac pentru lenjerie murdară.
- materiale pentru prevenirea escarelor: saltea antiescară, colaci de cauciuc, perne de diverse forme (pentru genunchi, tendonul lui Achile ), etc.
- echipamente și dispozitive medicale
- echipamente și materiale necesare activităților conexe - PC și imprimantă, xerox, registre tipizate, birotica

#### **8.2.2. Resurse umane**

- personal medical și auxiliar, instruit

#### **8.2.3. Resurse financiare**

- sunt prevazute in bugetul de venituri si cheltuieli conform contractului individual de munca semnata de angajat si legislatia in vigoare
- buget pentru achizitia resurselor materiale si a dispozitivelor medicale

### **8.3. Mod de lucru**

#### **Derularea operațiunilor activității**

Escarele reprezintă o problemă gravă atât pentru pacient cât și pentru personalul care este implicat în îngrijirea lui.

Activitatea de prevenire și îngrijire a escarelor cuprinde 3 etape, respectiv:

- evaluarea riscului de apariție a escarelor
- prevenirea apariției escarelor
- îngrijirea pacientului cu escare.

Aceste activități sunt desfășurate de la preluarea pacientului în îngrijire și pe tot parcursul procesului de îngrijire de către echipa de management a cazului formată din medic, asistent medical și infirmier. Responsabilitățile sunt diferite și sunt menționate în fișele de post a persoanelor implicate.


În situația în care pacientul are un risc crescut de a dezvolta escare sau care prezintă escare la externare, atât el cât și familia sau personalul care îl preia în îngrijire va primi recomandări de continuare a tratamentului respectiv.

#### **8.3.1. Evaluarea riscului de escare – Scala Norton**

După internarea în spital, toți pacienții sunt evaluați cu privire la riscul de apariție al escarelor. Evaluarea riscului de apariție a escarelor se realizează cu ajutorul Scalei Norton (Anexa 3) și se bazează pe observarea stării de sănătate a pacientului.

Stabilirea riscului de escare se efectuează de către asistentul medical:

- la internarea pacientului, înregistrând scorul de risc de apariție al escarelor în Dosarul de îngrijiri;
- de fiecare dată când există o schimbare în starea pacientului, înregistrând în planul de îngrijire al pacientului - fișa intervenției (Anexa 4), data și ora efectuării evaluării, inițialele asistentului, noul scor de risc.

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p align="center"><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II
		Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0
		Nr. de ex. : 1
		Page 13 of 21
		Exemplar nr. 0

Evaluarea gradului de risc se face în prin: efectuarea unei anamneze și examen clinic complet, examinarea pielii, identificarea regiunilor în care pacientul a mai avut escare înainte și calcularea scorului de risc Norton.

Pacientul este evaluat utilizând următoarele cinci criterii care pot determina riscul de a dezvolta escare:

- stare fizică – foarte rea, mediocră, medie, bună.
- stare mentală – stupoare, confuzie, apatic, alert.
- activitate – dependent, ajutor des, ajutor rar, independent
- mobilitate - imobil, mobilitate limitată, mobilitate ușor afectată, mobilitate completă.
- incontinență – da, des, ocazional, nu.

Pentru fiecare din aceste criterii care este evaluat, se acordă un punctaj de la 1 la 4, pe o scară inversă, astfel se acordă 4 puncte pentru starea cea mai bună (risc mic) și 1 punct pentru starea cea mai rea (risc ridicat). Din însumarea acestor puncte se stabilește un scor care indică gradul de risc la care este expusă persoana analizată privind apariția și dezvoltarea ulcerului de presiune.

Interpretarea rezultatului scorului obținut :

- risc foarte înalt - între 0-12 puncte
- risc înalt - între 12-14 puncte
- risc scăzut - între 14-20 puncte

### 8.3.2. Măsuri de prevenire a escarelor

Utilizarea Scalei Norton ajută la identificarea nivelului de risc global și a factorilor de risc prezenți la fiecare pacient orientând proiectarea planului de prevenire.

#### Planul de prevenire a escarelor cuprinde:

- măsuri preventive de îngrijire a pielii din care fac parte: evaluarea pielii pacientului, îngrijirea acesteia, evaluarea aportului nutrițional și hidric.
- managementul umidității.
- managementul presiunii care cuprinde: mobilizarea pacientului, schimbările posturale, utilizarea de suprafețe speciale de presiune, protecția locală a zonelor vulnerabile.


## 1. Măsuri preventive în îngrijirea pielii

### A ) Evaluarea pielii

Semnele indicatoare de leziuni prin presiune sunt: eritem, căldură localizată, edem, indurație și deteriorare a pielii.

Această evaluare este efectuată de medicul curant în timpul examenului clinic general, de către asistentul medical, respectiv de infirmier și se realizează prin:

- inspectarea pielii tuturor pacienților la internarea în spital;
- inspectarea pielii cel puțin la fiecare 24 de ore pentru detectarea semnelor de înroșire la pacienții cu risc de a face UPP;
- inspectarea pielii atunci când pacientului i se face igienizarea;
- se acordă o atenție specială proeminențelor osoase, călcâielor, tuberozităților ischiatică, regiunii sacrale și tuturor zonelor cu leziuni anterioare;

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 14 of 21
		Exemplar nr. 0

- observarea zonelor pielii pe care sunt amplasate dispozitive terapeutice care produc presiune asupra acesteia (ex. aparate ortopedice, atele, catetere, sonda nasogastrică, dispozitive de oxigenoterapie, etc.) și întotdeauna când este posibil, retragerea sau mobilizarea acestor dispozitive pentru a permite o evaluare cât mai completă a pielii.

**B ) Îngrijirea pielii – se realizează în timpul procesului de toaletare și igienizare a pacientului prin:**

- spalarea cu apa și săpun și evitarea folosirii apei fierbinți;
- limpezirea și uscarea completă a pielii pentru a o proteja de excesul de umiditate acordând o specială atenție pliurilor cutanate;
- evitarea frecării viguroase a pielii pacientului;
- la efectuarea toaletării / igienizării se evită utilizarea produselor care conțin alcool (agenți iritanți)
- aplicarea de crema hidratante (produs preparat în farmacia spitalului), fără a freca proeminențele osoase, pentru a nu produce rupturi capilare și provoca involuntar pacientului escare.

**C) Aport nutrițional și hidric:**

Fiecare pacient cu risc de escare are un program individualizat de alimentație și hidratare, realizat de către medicul curant împreună cu medic/asistent dietetician, adaptat stării sale fizice, fiziologice și patologice, anexat la fișa acestuia.

(Pacientul imobilizat trebuie să aibă o alimentație echilibrată, cu un aport optim de proteine și lichide. Deshidratarea duce la fragilizarea pielii și favorizează apariția leziunilor. Pacienții vârstnici se deshidratează foarte ușor, iar senzația de sete se reduce, de aceea se va hidrata pacientul cu cantitatea de lichide indicată. Se recomandă ceaiul de plante, sucurile naturale. Cantitatea de lichide în 24 de ore poate fi de 1-1,5 litri, dar se va ține cont de particularitățile individuale de eliminare.)


**2. Managementul umidității**

Umiditatea este determinată de transpirație, scursuri diverse, pierderi de urină și fecale (incontinență) și/sau utilizarea scutețelor.

Umiditatea reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea UDP, prin faptul că fragilizează și irită pielea, aceasta devenind mai susceptibilă la apariția leziunilor de fricțiune.

Managementul acesteia constă în identificarea rapidă (cât de repede este posibil) a fiecărui episod de incontinență, eliminarea altor produse (scursuri, transpirație) prin spălarea și uscarea pielii pacientului.

(Umiditatea aflată în relație cu incontinența poate constitui un factor de risc pentru dezvoltarea UDP. Este necesară spălarea și uscarea pielii cât mai repede posibil după fiecare episod de incontinență, eliminând produsele rezultate cum ar fi urina, scursurile și transpirația pentru a preveni iritarea care se produce. În plus, dacă pielea este umedă, în același timp este mai fragilă și mai susceptibilă la fricțiune.)

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 15 of 21
		Exemplar nr. 0

**Sunt necesare:**

- pentru absorbția urinei este recomandată folosirea scutecelor de unică folosință care pot îngloba o cantitate importantă de urină, în același timp păstrând pielea uscată prin transformarea lichidului în gel și reținerea lui în corpul absorbant. Aceste produse sunt eficiente când este aleasă mărimea potrivită (în funcție de circumferința taliei pacientului) iar schimbul se efectuează la un interval de 4-6 ore și ori de câte ori este nevoie.
- schimbarea lenjeriei de pat atunci când este umedă;
- evitarea produselor din plastic de tip mușama, când este posibil, pentru că acestea rețin umiditatea în piele;
- protejarea pielii față de excesul de umiditate utilizând unguente care creează bariere de protecție (preparate în farmacia spitalului);

**3. Managementul presiunii**

Managementul adecvat al presiunii contribuie la reducerea riscului de dezvoltare a UDP. Acest management cuprinde mobilizarea, schimbările posturale sau de poziție, suprafețele speciale pentru managementul presiunii și protecția locală a zonelor vulnerabile.

**3.1. Mobilizarea**

Mobilizarea pacienților se face activ și pasiv.

Mobilizarea activă implică pacientul care va fi educat în a efectua mișcarea independentă sub supravegherea asistentului medical sau infirmierei utilizând dispozitive care facilitează această activitate (fotolii rulante, balustradă la pat, pat electric, etc.). Procesul de instruire și implicare vizează și aparținătorii, îngrijitorii personali.


Mobilizarea pasivă se realizează când pacientul are indicație pentru această terapie de către kinetoterapeut sau asistentul balneo-fizio-kinetoterapeut.

- planificarea îngrijirilor încurajând/favorizând mobilizarea pacientului, educând și implicând întotdeauna când este posibil pacientul, aparținătorii, îngrijitorii personali;
- proporționarea dispozitivelor care facilitează mișcarea independentă (fotolii rulante, balustradă la pat, pat electric, etc.) pentru ușurarea mobilizării.

**3.2. Schimbările posturale sau de poziție reduc durata și magnitudinea presiunii exercitate asupra zonelor vulnerabile .**

- se realizează întotdeauna când nu există contraindicații, pentru a evita sau minimiza presiunea la pacienții cu activitate și mobilitate reduse;
- trebuie să mențină comoditatea pacientului și capacitatea sa funcțională;
- frecvența lor este determinată de starea pielii, necesitățile pacientului și redistribuirea presiunii suprafeței de sprijin. Este necesară realizarea cu mai mare frecvență atunci când suprafața de sprijin nu redistribuie corespunzător presiunea;
- ca normă generală se realizează la fiecare 2 ore pe parcursul întregii zile și maxim 4 ore pe timpul nopții, coordonată cu alte activități atunci când e posibil, pentru favorizarea odihnei pacientului.



 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p align="center"><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 16 of 21
		Exemplar nr. 0

**Schimbările posturale se realizează astfel:**

Pacientul se rotește programat și individualizat, alternând decubitul dorsal cu decubitul lateral drept și lateral stâng; (de exemplu în sensul acelor de ceasornic – decubit dorsal, decubit lateral dreapta, decubit ventral- când starea pacientului permite, decubit lateral stânga, decubit dorsal – pentru a putea monitoriza realizarea schimbării poziției)

- se utilizează perne sau distanțiere din spumă pentru evitarea contactului direct între proeminențele osoase;
- între o schimbare posturală și alta, se realizează mici modificări în cadrul aceleiași poziții.

**Atenție!**

Nu se expune pielea la presiune când se utilizează aparate auxiliare pentru deplasarea pacienților.

Pacientul se ridică nu se târăște atunci când se realizează schimbarea de poziție

Nu se așează pacientul deasupra proeminențelor osoase ce prezintă eritem care nu dispare la eliminarea presiunii;

NU se așează pacientul deasupra cateterelor, drenajelor sau altor dispozitive terapeutice;


**Schimbarile posturale in pozitia sezand se realizeaza respectand urmatoarele reguli:**

- pacientul este asezat in scaunul cu rotile astfel încât poziția să permită realizarea tuturor activităților posibile; așezarea, dacă e posibil, a picioarelor deasupra unui dispozitiv de sprijin atunci când picioarele nu ating solul pentru evitarea alunecării din scaunul cu rotile;
- pentru poziția șezând mobilizarea pacientului se va face la interval de o oră, și dacă pacientul este autonom, trebuie instruit să se mobilizeze la fiecare 15 minute.

**Suprafețe speciale pentru managementul presiunii**

Obiectivul utilizării suprafețelor pentru managementul presiunii îl constituie reducerea magnitudinii, a duratei sau a presiunii ori a ambelor (incluzând frecarea) între pacient și suprafața de sprijin (se mai numește și presiune a punctului de contact).

- pentru selectarea unei suprafețe de sprijin potrivite trebuie luat în considerare nivelul individual de mobilitate a pacientului în pat;
- ca normă generală și întotdeauna când există disponibilitate, trebuie utilizate saltele de spumă de înaltă specificitate (spumă vîsco-elastică) la pacienții care prezintă risc de dezvoltare a UDP;
- la pacienții șezând, cu mobilitate redusă pot fi utilizate perne care redistribuie presiunea;
- întotdeauna când există disponibilitate, trebuie utilizate suprafețe de sprijin active (saltea cu aer alternant – sau pompă alternantă) în cazul pacienților cu risc crescut de a dezvolta UDP și unde nu este posibilă efectuarea schimbărilor posturale frecvente;
- chiar dacă se utilizează o suprafață specială pentru managementul presiunii continuă să fie necesară efectuarea schimbărilor posturale, întotdeauna când situația pacientului permite.

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p align="center"><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 17 of 21
		Exemplar nr. 0

În zonele cu risc special de dezvoltare a UDP cum ar fi călcâiele este necesară utilizarea dispozitivelor care să reducă total presiunea exercitată asupra acestora:  
 utilizarea unei pături/pernițe sau altui dispozitiv așezat sub gambe pentru ca călcâiele să rămână ridicate complet în așa fel încât greutatea să se distribuie complet pe lungimea gambelor, menținând în același timp genuchiul ușor flexat;  
 inspectarea cel puțin o dată la 24 de ore a pielii călcâielor, a zonelor de sprijin al dispozitivelor terapeutice cum ar fi măști de oxigen, sonde, drenaje, ochelari, etc.  
 supravegherea zonei și mobilizarea dispozitivelor dacă este posibil;  
 utilizarea protecțiilor atunci când există risc de fricțiune.

#### **Educația sanitară**

Educația sanitară a pacientului este o parte importantă a prevenirii riscului de dezvoltare a UDP. Pacientul, familia și îngrijitorii personali sunt elemente cheie în prevenirea acestora. Educarea urmărește dobândirea competențelor care permit pacientului și îngrijitorului personal colaborarea în prevenirea UDP. Informația este transmisă cu un nivel de dificultate adaptat la posibilitățile pacientului și îngrijitorului. Formarea va fi în legătură cu: factorii de risc, zonele corporale care trebuie supravegheate, comportamentul în cazul schimbărilor de situație (cum să acționează în caz de erupție sau înroșire, când trebuie apelat la un profesionist sanitar, etc.). La nivelul secțiilor sunt afișate pliante informative și educative cu privire la prevenirea producerii escarelor de decubit.

#### **8.3.3. Îngrijirea pacientul cu escare**

În practica medicală s-a dovedit că escarele pot fi tratate cu succes prin terapia umedă bazată pe utilizarea pansamentelor hidroactive, tipurile de pansamente folosite fiind diferite de la un stadiu al escarei la altul.

Asistenta medicala va aplica sarcinile specifice de tratament/recomandari la indicația medicului curant/medicului soecialist (chirurg, chirurg plastician, dermatolog)

În cazul în care se optează pentru tratamentul local cu pansamente hidroactive se impun anumite reguli la fiecare schimb al pansamentului pentru a evita infectarea răni și a favoriza procesul de vindecare. În același timp trebuie continuate măsurile de prevenire enumerate anterior.

##### **a) Curățarea răni**


Pansamentele se schimbă cu mănuși de unica folosință câte o pereche pentru fiecare manevra (îndepărtarea pansamentului vechi, spălarea răni, aplicarea pansamentului nou);

Spălarea răni se face cu compresa sterilă și săpun neutru. Dacă plaga este infectată curățarea se poate face cu soluție iodată;

Pentru spălarea regiunii din jurul răni se folosește o alta compresă decât cea cu care s-a spălat rana pentru a se evita răspândirea germenilor;

Nu sunt indicate apa oxigenată, acidul boric sau cloramina pentru spălare, aceste soluții având efect de ardere a țesuturilor atunci când sunt folosite timp îndelungat;

La fiecare schimbare de pansament îndepărtarea țesuturilor moarte, depozitelor de fibrină (depuneri galbui, aderente) și a eventualelor necroze (coji de culoare neagră) se face prin frecarea suprafeței răni cu o compresa sterilă.

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA</b></p> <p align="center"><b>ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 18 of 21
		Exemplar nr. 0

**b) Selecția pansamentului**

Se alege pansamentul potrivit în funcție de aspectul și caracteristicile răni. Utilizarea unui pansament neadecvat poate să nu amelioreze starea răni sau chiar să o înrăutățească.

**c) Fixarea pansamentului**

- Nu se folosesc pansamente autoadezive pe pielea sensibilă din imediata vecinătate a răni (aprox. 2 cm în jurul plăgii sau în zonele care prezintă modificări ale pielii ca de ex. roșeață, vezicule etc.)

Pansamentele care nu au margine autoadezivă se acoperă cu comprese sterile și se fixează, de preferință, în zonele care permit, cu o fașă de fixare.

În cazul pansării unei escare în zona sacrală sau fesieră se recomandă fixarea cu compresa și plasturi chiar și a pansamentelor autoadezive pentru a oferi o protecție suplimentară împotriva scurgerilor de urină și materii fecale.

**c) Îngrijirea pielii din jurul răni**

Pielea sănătoasă din jurul escarei trebuie îngrijită corespunzător pentru a preveni apariția altor leziuni (de ex. se poate folosi în acest scop crema de protecție, evitându-se însă aplicarea ei direct pe plagă).

**d) Tratarea rănilor infectate**

Dacă rana prezintă semne de infecție (secreții purulente, miros urât, piele înconjurătoare umflată, roșie, dureroasă și mai caldă) trebuie informat de urgență un medic pentru a se stabili un tratament cu antibiotice orale pe lângă tratamentul local cu pansamente hidroactive;

Antibioticele orale se administrează doar în urma unei culturi din plaga cu antibiograma (test în baza căruia se identifică germenii din plagă și antibioticele la care aceștia sunt sensibili).

**e) Utilizarea preparatelor locale**

Nu se aplică creme sau pudre cu antibiotic pe rană. Acestea pot da reacții alergice (în cazuri extreme șoc anafilactic) și pot determina rezistența germeilor la antibioticele orale;


Evitați aplicarea de creme, unguente, soluții - medicamentoase sau pe baza de plante direct pe rana deoarece acestea pot deveni un mediu de cultură pentru bacterii.

**f) Mobilizarea pacientului**

Până la vindecarea completă a escarei este de evitat poziționarea pacientului pe zona unde este localizată rana;


În momentul vindecării, reaplicarea presiunii pe zona vindecată se va face progresiv, pe perioade de maxim 15 minute. Pe măsura ce pielea capătă rezistență și nu se mai înroșește se poate prelungi timpul de aplicare a presiunii pe zona afectată cu câte 30 de minute în fiecare zi.

Îngrijirea pacienților imobilizați presupune o colaborare permanentă între aceștia, familie și personalul medical cu rolul de a aplica măsurile de prevenire și de a iniția cât mai devreme tratamentul corespunzător. Cu cât factorii de risc sunt ținuti mai bine sub control și primele indicii de apariție a escarei sunt recunoscute mai rapid, cu atât timpul și costurile de vindecare vor fi mai reduse.

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 19 of 21
		Exemplar nr. 0


### 9. Responsabilități și răspunderi (descrierea responsabilităților)

- Managerul - aproba și asigură resursele materiale necesare.
- Director de îngrijiri - Elaborează procedura, o diseminează, și o pune în aplicare la nivelul secțiilor, este implicat în evaluarea eficienței și eficacității procedurii.
- Medicul curant – implicat în evaluarea riscului, aplica sarcinile specifice de tratament – recomandări și evaluări privind starea pacientului, prescriere tratament.
- Asistent șef pe secție - Instruiește personalul din cadrul secției și urmărește aplicarea procedurii.
- Asistent medical - Cunoaște și aplica procedura pacienților internați.
- Infirmierul - sprijina asistentul medical în efectuarea procesului de îngrijire.

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 20 of 21
		Exemplar nr. 0

#### 10. Indicatori de monitorizare

- Număr total pacienți cu risc înalt de a dezvolta escare / Număr total pacienți internați / Perioada
- Număr evenimente adverse (pacienți care au dezvoltat escare ) /Secție / Perioada

 <p><b>DIRECTOR INGRIJIRI</b></p>	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIONALA</b></p> <p align="center"><b>PREVENIREA SI INGRIJIREA ESCARELOR DE DECUBIT</b></p> <p align="center"><b>PO.SJUB - DI - 03</b></p>	Ediția: II Nr. de ex.: 1
		Revizia: 0 Nr. de ex. : 1
		Page 21 of 21
		Exemplar nr. 0

## **11. Anexe, înregistrări, arhivări**

### **11.1 Anexe**

11.1.1 Anexa 1 - Formular de analiză a procedurii (Disponibil pe rețeaua de intranet a spitalului)

11.1.2 Anexa 2 - Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii (Disponibilă pe rețeaua de intranet a spitalului)

11.1.3 Anexa 3 - Scala NORTON pentru evaluare riscului de apariție a ulcerelor de presiune

11.1.4 Anexa 4 - Fișa intervenției – dosar îngrijiri

### **11.2 Înregistrări**

- Foaia de observație;
- Formular înregistrare evenimente adverse

### **11.3 Arhivări**

Procedura operațională se găsește la SMC, fiind disponibilă pe rețeaua de intranet a spitalului. Procedurile operaționale retrase sau revizuite se păstrează termen de 2 ani de către SMC. 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

**EVALUAREA RISCULUI DE ESCARE - SCALA NORTON**

Evaluarea riscului pentru escare se efectuează inițial la internarea pacientului și se reevaluează la orice modificare a stării de sanatate a pacientului

STARE FIZICĂ		STARE MENTALĂ		MOBILITATEA		ACTIVITATEA		INCONTINENTA	
1 = FOARTE REA 2 = MEDIOCRĂ 3 = MEDIE 4 = BUNĂ		1 = STUPOARE 2 = CONFUZ 3 = APATIC 4 = ALERT		1 = IMOBIL 2 = LIMITATĂ 3 = UȘOR AFECTATĂ 4 = COMPLETĂ		1 = DEPENDENT 2 = AJUTOR DES 3 = AJUTOR RAR 4 = INDEPENDENT		1 = DA 2 = DES 3 = OCAZIONAL 4 = NU	
Data	Starea fizica	Starea mentala	Activitatea	Mobilitatea	Incontinenta	Scor total		Data reevaluării	Inițiale As. med.
<p>Pacientul este evaluat de la 1 la 4 pentru cei cinci factori de risc enumerați. Valoare scorului total se obține prin alocarea unui număr pentru fiecare din cele 5 criterii variabile și totalizarea rezultatului.</p>									
<p><b>RISC DE ESCARE:</b>   <input type="checkbox"/> <b>0 -12 FOARTE INALT</b>      <input type="checkbox"/> <b>12 - 14 INALT</b>      <input type="checkbox"/> <b>14 - 20 SCAZUT</b></p>									

Interpretarea rezultatului	Scor între	sub 12	<b>RISC FOARTE INALT</b>	
		12 - 14	<b>RISC INALT</b>	
		14 - 16	<b>RISC SCĂZUT</b>	

**ANEXA 4**

**INTERVENTII**

<b>RISC SCĂZUT – SCOR 14 - 16</b>																													
		Data/ Ora				Data/ Ora				Data/ Ora				Data/ Ora				Data,/Ora				Data/ Ora				Data/ Ora			
Inspectarea zilnică a tegumentelor																													
Depistarea eventualelor deteriorări ale stării de sănătate sau mobilității.																													
Inițiale nume/prenume asistent medical																													
<b>RISC INALT SCOR 12 - 14</b>																													
		Data _____ Ora				Data _____ Ora				Data _____ Ora				Data _____ Ora				Data _____ Ora				Data _____ Ora							
Comunicarea riscului înalt de escare și a factorilor de risc celorlalți membri ai echipei.																													
Schimbarea poziției pacientului la fiecare 4 ore- alternand DLD,DD,DLS	ORA																												
	POZITIA																												
Inspectarea tegumentelor la 4 ore																													
Inițiale nume/prenume asistent medical																													
<b>RISC FOARTE INALT – SCOR 0 - 12</b>																													
		Data _____ Ora				Data _____ Ora				Data _____ Ora				Data _____ Ora				Data _____ Ora				Data _____ Ora							
Comunicarea riscului foarte înalt de escare și a factorilor de risc celorlalți membri ai echipei.																													
Schimbarea poziției pacientului la fiecare 2 ore- alternand DLD,DD,DLS	ORA																												
	POZITIA																												
Inspectarea tegumentelor la 2 ore																													
Inițiale nume/prenume asistent medical																													



