

PLASTYKA POWŁOK BRZUSZNYCH, ZBLIŻENIE MIĘŚNI PROSTYCH BRZUCHA, PLASTYKA PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH

**NINIEJSZY DOKUMENT NALEŻY PRZECZYTAĆ
I ZABRAĆ Z SOBĄ DO SZPITALA W DNIU OPERACJI**

Cel i wskazania do zabiegu

Zabieg wykonuje się u chorych z obwisłością powłok jamy brzusznej, poszerzeniem rozstępu pomiędzy mięśniami prostymi brzucha oraz w przypadku towarzyszących przepuklin brzusznych. Operację wykonuje się ze wskazań leczniczych i estetycznych.

Celem zabiegu jest usunięcie fałdu skórno-tłuszczowego w środkowej i dolnej części brzucha, czasami konieczne jest też zbliżenie brzegów przyśrodkowych mięśni prostych brzucha oraz zaopatrzenie istniejących przepuklin.

Potencjalne, alternatywne metody leczenia

Proponowane leczenie jest leczeniem z wyboru w/w schorzeniu, dającym najlepszy efekt leczniczy. Brak alternatywnych sposobów leczenia chirurgicznego innych od usunięcia nadmiaru tkanek miękkich powłok brzucha z jednoczesną likwidacją rozejścia się mięśni prostych. Leczenie zachowawcze w postaci stosowania różnego rodzaju pasów/gorsetów jest tylko postępowaniem objawowym i nie daje trwałego efektu leczniczego. Zaniechanie proponowanego leczenia może skutkować następującymi powikłaniami zdrowotnymi: zwiększenie się obwisłości powłok, rozstępu między mięśniami prostymi oraz zwiększeniem rozmiaru przepuklin lub uwięźnięcia ich zawartości co prowadzi do ostrych stanów w jamie brzusznej.

Przebieg operacji

Czas trwania zabiegu wynosi od 2 do 4 godzin, w zależności od miejscowych warunków anatomicznych. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym.

Operację wykonuje się w ułożeniu pacjenta w pozycji horyzontalnej na plecach. Chory jest znieczulony ogólnie. Czasami jeśli tego wymaga stan miejscowy wykonuje się rysunki wyznaczające linie cięć oraz stanowiące punkty orientacyjne w trakcie operacji. Po przygotowaniu pola operacyjnego poprzez przemycie preparatem antyseptycznym wykonuje się cięcia w wyznaczonych miejscach.

Plastyka powłok brzucha (abdominoplastyka) polega na chirurgicznym usunięciu nadmiaru skóry i podskórnej tkanki tłuszczowej z podbrzusza oraz wzmocnieniu napięcia powięzi i mięśni tworzących ścianę jamy brzusznej w celu uzyskania ładniejszej sylwetki ciała z bardziej napiętym, płaskim brzuchem i lepiej zaznaczoną talią.

Cięcie przebiega najczęściej wzdłuż górnego brzegu włosów łonowych skąd kieruje się ku bokom i górze do kolców biodrowych, biegnąc wzdłuż talerzy kości biodrowych. Zależnie od budowy ciała i preferencji pacjentki możliwe jest indywidualne dostosowanie bocznej linii cięcia tak aby przyszła blizna była niewidoczna nawet przy noszeniu bardzo wysoko "wyciętej" bielizny i kostiumów kąpielowych. Z osobnego okrężnego cięcia uwalniany jest pępek (pozostaje on na

ścianie jamy brzusznej), co pozwala w późniejszym etapie zabiegu na zmianę jego kształtu i położenia na skórze (na wyższe).

W kolejnym etapie skóra i tkanka podskórna oddzielane są od ściany jamy brzusznej na przestrzeni od spojenia łonowego do łuków żebrowych i unoszone ku górze. Umożliwia to chirurgowi ściągnięcie ku sobie (do środka) i zeszytanie powięzi pokrywającej dwa duże, pionowo położone mięśnie (mięśnie proste brzucha), tworzące centralną część ściany jamy brzusznej. Dzięki temu uzyskuje się bardziej napięty, płaski zarys brzucha z lepiej zaznaczoną talią.

Po wycięciu nadmiaru skóry i tkanki tłuszczowej ich pozostała część ściągnięta jest w dół a brzegi rany zszywane kilkoma piętrami szwów. Pępek wszywany jest w wycięty w odpowiednim miejscu na skórze otwór.

Wygląd blizny pooperacyjnej uzależniony jest od wielkości nadmiaru skóry. Gdy nadmiar skóry zbyt mały blizna nie przebiega wyłącznie wokół pępka i poziomo w podbrzuszu ale również pionowo na pewnej długości pomiędzy spojeniem łonowym a pępkiem.

Operację kończy się kontrolą i zaopatrzeniem miejsc krwawienia w polu operacyjnym, założeniem drenów oraz szwów na tkanki podskórne i skórę. Podczas operacji istnieje możliwość zmiany kształtu i położenia pępka, jak też wykonania plastyki przepukliny brzusznej, jeśli zaszłaby taka konieczność.

Trzeba pamiętać, że plastyka brzucha nie jest sposobem leczenia otyłości, jak również nie pozwala na usunięcie wszystkich blizn i rozstępów skóry brzucha (dotyczy to zwłaszcza śród- i nadbrzusza). Wynik zabiegu jest trwały pod warunkiem unikania znacznych wahań wagi ciała. Należy pamiętać, że efekt operacji może ulec pogorszeniu po porodzie.

Przygotowanie do zabiegu

Jeśli chorujesz na schorzenia takie, jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, alergię lub jeśli przyjmujesz leki zmniejszające krzepliwość krwi (np. aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin, xarelto, pradaxa, eliquis, poltixa, lixiana, INN-Edoxaban lub inne nowoczesne leki przeciwkrzepliwe) poinformuj o tym swojego chirurga i zgłoś się do swojego Lekarza Rodzinnego w celu odpowiedniego przygotowania do operacji.

Poza rutynowymi badaniami laboratoryjnymi, jak morfologia krwi, grupa krwi, układ krzepnięcia (INR, APTT), CRP, elektrolity we krwi (Na, K), kreatynina we krwi, glukoza we krwi, białko we krwi, badanie ogólne moczu, HbsAb, antyHCV, w zależności od stanu zdrowia pacjenta, lekarz może zlecić również inne badania dodatkowe, np. EKG, RTG płuc czy USG jamy brzusznej. Wskazane jest badanie RTG płuc jeśli nie było wykonywane w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Jeśli tak, to prosimy o dostarczenie wyniku.

Jeśli zabieg odbywa się w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym należy pozostać na czczo na 6 godzin przed rozpoczęciem operacji.

W przypadku, gdy przewidywana jest w trakcie zabiegu większa utrata krwi zostanie zamówiony przed zabiegiem koncentrat krwinek czerwonych i wykonane badanie zgodności krzyżowej krwi pacjenta z krwinkami dawcy. Preparat krwi zostanie przetoczony tylko jeżeli wystąpią do tego wskazania.

Pacjenci palący papierosy w związku z ich negatywnym wpływem na proces gojenia będą proszeni o zaprzestanie palenia na trzy tygodnie przed i po operacji. Muszą się oni też liczyć z tym, że wielu chirurgów dla dobra pacjenta może odstąpić od wykonania operacji u aktywnych palaczy nie będących w stanie rzucić palenia w tym okresie.

Rano w dniu zabiegu zaleca się chorym kąpiel pod bieżącą wodą w mydle antyseptycznym.

Tuż przed zabiegiem zostanie założona do żyły kaniula służąca do podawania leków; cewnik moczowy jeśli przewidywany czas zabiegu jest dłuższy od 2 godz. i bandaż elastyczny na kończyny dolne w przypadku obecności żyłaków. Na skórę naniesione zostaną oznaczenia / linie, ułatwiające precyzyjne wykonanie operacji.

Prosimy NIE GOLIĆ miejsca operowanego, uczyni to fachowy personel bezpośrednio przed operacją. Golenie w domu powoduje ryzyko zakażenia ran operacyjnych i może być przyczyną odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala!

Prosimy o zabranie ze sobą piżamy, szlafroka i kapci (klapki pod prysznic), a także przyborów toaletowych.

Przeciwwskazania do zabiegu

Przeciwwskazaniami do zabiegu są:

- niestabilne nadciśnienie tętnicze
- niestabilna choroba niedokrwienna serca
- skazy naczyniowe i zaburzenia krzepnięcia
- przyjmowanie leków wpływających na krzepliwość krwi
- immunosupresyjnych i cytotoksycznych
- niedokrwistość
- duszności w wywiadzie
- stany zapalne żył kończyn dolnych
- cukrzyca niestabilna
- znaczna otyłość (BMI > 35 kg/m²)
- nadczynność/niedoczynność tarczycy niewyrównana
- infekcja ropna skóry
- ciąża

Proszę bezwzględnie poinformować lekarza jeśli Pan/Pani stwierdzi, iż któreś z powyższych przeciwwskazań do operacji u Państwa występuje. W przypadku podpisania przez pacjenta zgody na operację pomimo obecności któregoś z w/w przeciwwskazań, przyjmuje się, że chory akceptuje i bierze na siebie odpowiedzialność za zwiększone ryzyko wystąpienia niżej wymienionych powikłań.

Postępowanie po zabiegu i przebieg rekonwalescencji

Pobyt w szpitalu zależy jest od rodzaju, wielkości i postępu gojenia się rany, ale najczęściej nie jest on krótszy niż 3 - 7 dni. Chory po leczeniu dostaje wstępnie 30 dni zwolnienia lekarskiego.

Dolegliwości bólowe kontrolowane za pomocą środków przeciwbólowych występują bezpośrednio po zabiegu i w ciągu kilku kolejnych dni. Mogą się one nasilać w pewnym stopniu przy wzmożonej aktywności ruchowej i wymagać doustnych leków przeciwbólowych przez następne kilka tygodni. Normalnym objawem jest występowanie obrzęków, zaczerwienienia, zwiększonego ucieplenia i podbiegnięć krwawych w okolicy operowanej, które ustępują stopniowo w okresie od 2 do 3 tygodni po zabiegu.

W przypadku wydłużonego czasu zabiegu lub w przypadku obecności dodatkowych obciążeń w okresie okołoperacyjnym mogą być podawane dożylnie antybiotyków oraz podskórnice

heparyna drobnocząsteczkowa celem zastosowania profilaktyki przeciwbakteryjnej i przeciwzakrzepowej.

W okolicach operowanych umieszczane są drenaże, których zadaniem jest odprowadzanie wydzieliny surowiczo – krwistej z pola operacyjnego. Drenaż jest usuwany, gdy ilość wydzieliny ograniczy się do wielkości poniżej 30 ml/dzień (najczęściej 1-3 doba po zabiegu), może się jednak w indywidualnych przypadkach wydłużyć.

W dniu operacji opatrunek jest uzupełniany założeniem bandaża lub odpowiedniego gorsetu elastycznego, który należy nosić w dzień i noc aż do zdjęcia szwów (10-14 dzień po operacji), a następnie przez większą część dnia przez kolejne 4 tygodnie.

Po operacji w 1 lub 2 dniu zostanie zdjęty opatrunek. Szwy usuwane będą po około 14 dniach po zabiegu. Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 2 dni po zabiegu. Powrót do pełnej aktywności życiowej następuje najczęściej po upływie 10-14 dni od zabiegu, a do ćwiczeń fizycznych po upływie 6-8 tygodni. Blizny po operacji mogą być poddane działaniu słońca dopiero po upływie roku.

U pewnej grupy pacjentów może dojść po operacji do gromadzenia się płynu surowiczego w tkance podskórnej, wymagającego ewakuacji drogą kilku kolejnych nakłuć (punkcji).

Do czasu wygojenia rany należy dbać o jej higienę wg zaleceń podanych przez personel medyczny. Nie należy leżeć na ranie, przebywać w pozycjach powodujących ucisk rany, prowadzić samodzielnych zabiegów naruszających ciągłość naskórka pokrywającego ranę. W przypadku zamoczenia /zabrudzenia rany należy ją przemyć wodą z mydłem i preparatem antyseptycznym. Przez okres co najmniej 4 tygodni po operacji należy nosić brzuszny pas przepuklinowy. Po około 4 tyg. od wygojenia się ran należy zacząć stosować żele silikonowe lub opatrunki uciskowe.

Efekt pierwotny operacji jest widoczny zaraz po zabiegu. Z czasem obrzęk operacyjny tkanek ustąpi, ich struktura ulegnie przebudowie, linie cięć zbledną. Efekt ostateczny zabiegu zależy od stanu ogólnego i miejscowego chorego oraz jego zaangażowanie w zalecenia co do rehabilitacji oraz opieki nad ranami oraz bliznami i jest osiąganym po upływie około 6 - 18 miesięcy.

Potencjalne możliwe powikłania

Należy uwzględnić możliwość wystąpienia każdego z niżej podanych powikłań podejmując decyzję o wyrażeniu zgody na proponowany zabieg.

Każdy zabieg lub operacja nie są obojętne dla organizmu człowieka i są związane z ryzykiem wystąpienia powikłań do utraty zdrowia lub życia włącznie. Każde nacięcie skóry jest zawsze związane z powstaniem blizny.

Możliwe powikłania miejscowe:

- krwawienie
- powstanie krwiaka
- upośledzenie ukrwienia operowanej okolicy do powstania miejscowej martwicy włącznie (prowadzących do konieczności usunięcia martwych tkanek)
- zakażenie rany chirurgicznej
- opóźnione gojenie lub brak gojenia się rany
- odczyn na nici chirurgiczne
- powstanie surowiczaka
- rozejście się brzegów rany

- powstanie szpecącej, przerośniętej lub przykurczającej blizny
- przeczulica (ból) lub zdrętwienie oraz utratę czucia w okolicy operowanej
- przebarwienie lub zwiotczenie skóry
- konieczność reoperacji w wyniku powstałych powikłań.

Możliwe powikłania ogólnoustrojowe: gorączka, zakażenie układu moczowego, zapalenie płuc, uogólniona odpowiedź zapalna na zakażenie miejscowe, nasilenie objawów chorób współistniejących, reakcje uczuleniowe na stosowane leki lub środki opatrunkowe do wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego włącznie, niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa, wystąpienie zatorowości płucnej, niewydolność nerek, niewydolność wielonarządowa, zgon.

Mogą również wystąpić inne niekorzystne następstwa zabiegu, których nie można przewidzieć w danej chwili.

W dniu operacji prosimy zgłosić się z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisana zgoda na operację, wyniki badań i dokument tożsamości) do Izby Przyjęć Szpitala SALUS. Po przyjęciu do szpitala jeszcze raz można będzie porozmawiać z chirurgiem – operatorem oraz z anestezjologiem i zadać im ewentualne pytania.

Na okres pobytu w szpitalu koniecznie należy zabrać z sobą wszelkie przyjmowane leki!

Ogólne zalecenia pooperacyjne

Przed operacją pacjent powinien zapewnić sobie transport do domu – nie powinien prowadzić samochodu ani jechać środkami transportu publicznego.

- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Ranę należy chronić przed zabrudzeniem lub urazem za pomocą opatrunku. Opatrunki należy zmieniać codziennie przemywając rany środkami odkażającymi np. octenisept) i utrzymywać je w czystości. Przez 48 godzin po operacji należy unikać zamoczenia rany, dlatego zaleca się prysznic zamiast kąpieli w wannie. W przypadku zaczerwienienia, bólu i obrzęku rany pooperacyjnej oraz gorączki, należy skontaktować się z lekarzem.
- Przez kilkanaście dni występuje niewielki obrzęk oraz bolesność okolicy operowanej. Stosowane rutynowo tabletki przeciwbólowe pozwalają na praktycznie bezbólne i szybkie uruchomienie. Obrzęk i bolesność ustępują w ciągu kilkunastu dni po zabiegu.
- **Wizyta kontrolna odbywa się po 7-10 dniach od zabiegu** i polega na kontroli gojenia rany oraz usunięciu szwów skórnych. Powstała blizna jest mało widoczna i łatwo ukryć ją pod bielizną. Zabieg nie powoduje upośledzenia aktywności i umożliwia powrót do codziennego życia i pracy w ciągu kilku-kilkunastu dni od zabiegu.
- Po zabiegu nie zaleca się dźwigania ciężarów przynajmniej przez trzy miesiące. Dźwiganie w tym okresie może doprowadzić do nawrotu przepukliny.

ZGODA NA PLASTYKĘ POWŁOK BRZUSZNYCH, ZBLIŻENIE MIĘŚNI PROSTYCH BRZUCHA, PLASTYKĘ PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH

Z pacjentką(em) przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę(ta) zakwalifikowano do zabiegu.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE WOLI – ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU

Oświadczam, że:

- Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o rozpoznanym schorzeniu oraz proponowanym zabiegu operacyjnym. Wiem na czym ten zabieg ma polegać, jaki będzie jego zakres i przebieg, jaki jest cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
- Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem zabiegu, a także ewentualnych, dających się przewidzieć konsekwencjach zarówno przebiegu jak i wyniku zabiegu oraz skutkach rezygnacji z jego kontynuacji. Zostałem/am poinformowany/a przez lekarza, że niemożliwe jest zagwarantowanie korzystnego wyniku zabiegu i może nastąpić konieczność kolejnych operacji. Zostałem/am poinformowany/a jakie są alternatywne możliwości leczenia rozpoznanego schorzenia i mam świadomość zalet oraz wad proponowanego zabiegu, również w porównaniu z tymi możliwościami.
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań, wymagających śródoperacyjnej zmiany postępowania dyktowanej wskazaniami medycznymi, na co wyrażam zgodę.
- Miałem/am możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości, a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałem/am zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi i wyjaśnienia.
- W historii choroby oraz podczas wywiadu i przeprowadzonych badań ujawniłem/am wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości i zarazem nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób.
- Poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu zabiegu i zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń pozabiegowych i wizyt kontrolnych.
- Zostałem/am poinformowany/a o prawie do rezygnacji od proponowanego zabiegu, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
- Wyrażam zgodę na przetaczanie, w razie wystąpienia takiej konieczności, preparatów krwiopochodnych. (JEŚLI NIE, PROSZĘ SKREŚLIĆ)
- **Wyrażam zgodę na plastykę powłok brzusznych, zbliznienie mięśni prostych brzucha, plastykę przepuklin brzusznych**

Imię..... Nazwisko.....

.....
data

.....
podpis pacjentki/ pacjenta / opiekuna prawnego

PLAN LECZENIA I OPIEKI

W oparciu o badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, diagnozę, ocenę stopnia zaawansowania choroby oraz stanu ogólnego pacjenta, a także potencjalne ryzyka lekarz kwalifikujący zaproponował następujący plan postępowania z pacjentem:

1. Zgłosić się do Rejestracji celem ustalenia terminu obowiązkowej, przedoperacyjnej konsultacji anestezyjologicznej, która odbywa się na około 7-10 dni przed każdą operacją. Szczegółowa ocena anestezyjologiczna pozwala z wyprzedzeniem rozpoznać ewentualne nieprawidłowości i ustabilizować stan zdrowia pacjenta przed zabiegiem, a w konsekwencji ograniczyć ryzyko samej operacji.
2. Po zakwalifikowaniu przez anestezyjologa na ok. 7 dni przed zabiegiem zgłosić się do Medycznego Laboratorium Diagnostycznego SALUS celem wykonania obowiązkowego pakietu badań przedoperacyjnych. Ich wyniki podlegają bezpośredniej analizie, a w przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości pacjent otrzymuje zalecenie wykonania dodatkowej diagnostyki lub ponownych badań. Decyzja o przyjęciu pacjenta do szpitala i wykonaniu operacji zapada po uzyskaniu prawidłowych wyników.
3. W wyznaczonym dniu operacji zgłosić się w Izbie Przyjęć Szpitala SALUS. Procedura przyjęcia obejmuje załatwienie niezbędnych formalności administracyjnych w Sekretariacie Szpitalnym, wywiad i badanie lekarskie oraz ocenę pielęgniarską. W przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości na miejscu wykonywane są dodatkowe badania (laboratoryjne, EKG, itp.).
4. Przy braku przeciwwskazań do operacji pacjent przyjmowany jest do oddziału i przygotowywany do zabiegu oraz konsultowany jest przez lekarza operującego. W ustalonym terminie pacjent przewożony jest przez pielęgniarkę na Blok Operacyjny.
5. Wykonanie zaplanowanego leczenia operacyjnego. Bezpośrednio po operacji pacjent trafia na znajdującą się w obrębie Bloku Operacyjnego Salę Intensywnego Nadzoru Medycznego, gdzie przebywa do momentu, gdy anestezyjolog nie wyda zgody na przewiezienie ponownie do oddziału.
6. W czasie pobytu w pokoju szpitalnym lekarz operujący dokonuje pierwszej oceny stanu zdrowia pacjenta. Wszystkie istotne parametry zdrowotne monitorowane są przez dyżurujące pielęgniarki, a posiłki uwzględniają zalecenia dietetyczne. W opiece pooperacyjnej mogą brać udział najbliżsi i rodzina pacjenta, o ile lekarz nie zdecyduje inaczej. Jeżeli powrót do zdrowia po operacji przebiega zgodnie z planem, lekarz wypisuje pacjenta do domu, wyznaczając datę i miejsce wizyty kontrolnej.

REGULAMIN ODDZIAŁU SZPITALNEGO SALUS

§ 1

Zadaniem Oddziału Szpitalnego SALUS jest wykonywanie usług zdrowotnych, obejmujących diagnozowanie i leczenie oraz opiekę pielęgniarską w ramach lecznictwa zamkniętego.

§ 2

Czynności diagnostyczne i lecznicze w zakresie swoich kompetencji wykonują samodzielnie lekarze specjaliści przy wsparciu personelu pielęgniarskiego. Nadzór nad pracą personelu medycznego sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych oraz Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.

§ 3

Oddziałem kieruje Ordynator, którego zadaniem jest zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych dla działania oddziału, nadzór nad przestrzeganiem zasad współczesnej wiedzy medycznej, przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji. Ordynator prowadzi również nadzór nad monitorowaniem i zapobieganiem zakażeniom szpitalnym.

§ 4

Ordynator wykonuje swoje funkcje przy pomocy pielęgniarki oddziałowej, której podstawowym zadaniem jest zapewnienie najlepszej opieki oraz warunków pobytu chorym. Pielęgniarka oddziałowa realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którym zarządza, nadzoruje i jest odpowiedzialna za ich stan wiedzy fachowej oraz poziom etyczny. Pielęgniarka oddziałowa współdziała z lekarzami i właściwym personelem fachowym w zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń szpitalnych.

§ 5

Lekarze specjaliści w ramach wykonywania świadczeń ambulatoryjnych kwalifikują chorych do leczenia szpitalnego, decydują o sposobie leczenia i samodzielnie wykonują zabiegi operacyjne, jak również, przy udziale lekarza anestezjologa ustalają postępowanie pooperacyjne, a następnie prowadzą leczenie ambulatoryjne, aż do całkowitego wyleczenia. Przy wykonywaniu powyższych czynności, lekarze specjaliści obowiązani są do przestrzegania przyjętych standardów i procedur w postępowaniu profilaktyczno-leczniczym oraz przestrzegania zaleceń krajowego nadzoru specjalistycznego.

§ 6

Pielęgniarka dyżurna wykonuje zlecenia lekarskie, prowadzi obserwację i pielęgnację chorych. Przy wykonywaniu zleceń i czynności pielęgnacyjnych, przestrzega ustalonych standardów i procedur postępowania.

ZASADY POBYTU W ODDZIALE

§ 7

Oddział Szpitalny SALUS zapewnia warunki i możliwość **całodobowego** przebywania na jego terenie rodzinie, bliskim i opiekunom pacjenta. Pacjenci oddziału mają możliwość spotkania się z osobami odwiedzającymi w osobnym, przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu w oddziale.

W sytuacjach wyjątkowych (np. epidemiologicznych) odwiedzanie chorych przez bliskich może być decyzją Ordynatora lub Dyrektora Medycznego ograniczone lub wstrzymane.

Nie jest dozwolone przebywanie rodziny, bliskich i opiekunów pacjenta na sali intensywnego nadzoru pooperacyjnego.

§ 8

Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego z osobami z zewnątrz, jak również prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej przez osoby bliskie lub inne wskazane, dlatego krewni lub opiekunowie na życzenie pacjenta mogą uczestniczyć w opiece nad nim. Zakres i czas opieki ustalany jest indywidualnie, w porozumieniu z Ordynatorem, lekarzem prowadzącym oraz z pielęgniarką.

Przez opiekę nad Pacjentem rozumiemy:

- zaspakajanie potrzeb emocjonalnych i duchowych (czytanie, rozmowa)
- pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych, toaleta ciała
- karmienie, ściśle według określonej przez Ordynatora lub lekarza diety (z wyłączeniem pacjentów mających trudności w połykaniu)
- uczestniczenie w procesie rehabilitacji w porozumieniu z lekarzem i rehabilitantem (spacer po korytarzu, sadzanie w łóżku).

