

LECZENIE OPERACYJNE ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH POŁĄCZONE Z PODPOWIEZIOWYM PRZECIĘCIEM ŻYŁ PRZESZYWAJĄCYCH PODUDZIA (zabieg kruroskopii)

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

Co to są żylaki kończyn dolnych?

Żylaki kończyn dolnych to rozszerzenia żył podskórnych, powstałe najczęściej wskutek nabytej niewydolności zastawek żylnych, co doprowadza do odcinkowego odwrócenia kierunku przepływu krwi w żyłach i stopniowego poszerzania się żył. Towarzyszą temu objawy, takie jak: bóle, uczucie ciężkości nóg, świąd skóry, pieczenie, obrzęki, nocne kurcze łydek.

Poszerzenia żył śródskórnych, zwane „pajęczkami”, choć mogą wyglądać podobnie, nie są żylakami.

Dlaczego powstają żylaki?

Naczynia krwionośne (tętnice i żyły) rozprowadzają krew po całym organizmie. Tętnice rozprowadzają krew bogatą w tlen od serca do wszystkich tkanek, a żyły wiodą krew ubogą w tlen z tkanek w kierunku serca. Przepływ krwi żyłami jest powolny i odbywa się wskutek działania pompującego mięśni i zasysania przez ruchy oddechowe klatki piersiowej oraz dzięki zastawkom umieszczonym w świetle żył, co zapobiega cofaniu się krwi.

Zastawki żyłne u niektórych ludzi w młodym wieku, a u większości wskutek starzenia się organizmu, mogą ulec uszkodzeniu. Powoduje to w kończynach dolnych wsteczny (w kierunku stóp) przepływ krwi i rozszerzanie się żył w postaci żylaków.

Zaniechanie leczenia prowadzi do postępu choroby i może spowodować powikłania, takie jak zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, a także trudno gojące się owrzodzenia podudzi. Przeprowadzenie leczenia operacyjnego po wystąpieniu powikłań jest trudniejsze, mniej skuteczne, a niekiedy niemożliwe.

Jakie są sposoby leczenia żylaków?

- Leczenie farmakologiczne – przyjmowanie leków, które przynoszą ulgę i poprawiają samopoczucie.
- Bandażowanie i noszenie pończoch uciskowych (tzw. kompresjoterapia) powoduje zmniejszenie dolegliwości oraz spowalnia postęp choroby.
- Ostrzykiwanie żylaków środkami, które powodują ich zarastanie i znikanie (tzw. skleroterapia) – leczenie stosowane w przypadku małych żylaków, zwłaszcza pozostałych po leczeniu operacyjnym, nie może być stosowane do leczenia dużych żylaków.
- Skleroterapia dużych żył podskórnych przy pomocy podania do światła żyły środków farmakologicznych przez cewnik, wprowadzenia do żyły sondy laserowej lub emitującej fale radiowe – metody te powodują zarośnięcie żyły, są mniej inwazyjne od klasycznej operacji, lecz nie każde żylaki mogą być w ten sposób leczone.
- Leczenie operacyjne – polega przede wszystkim na usunięciu chorobowo zmienionych odcinków żył lub całych żył i usunięciu żylaków. Leczenie operacyjne jest najbardziej radykalnym, ale też w większości wypadków najskuteczniejszym sposobem leczenia niewydolności żylniej. Leczenie operacyjne u większości pacjentów przynosi ustąpienie dolegliwości, bardzo często na wiele lat, a w wielu przypadkach na trwałe. Zdarza się, że po pewnym czasie, najczęściej po kilku latach, dochodzi do powstawania nowych żylaków. Jest to najczęściej spowodowane postępowaniem choroby i pojawianiem się niewydolności kolejnych żył, czemu zapobiegać powinny działania

profilaktyczne stosowane po operacji (zmniejszenie nadwagi, ruch fizyczny, noszenie uciskowych pończoch, rajstop itp.).

Co to są żyły przeszzywające?

Układ żylny w kończynach dolnych anatomicznie dzielimy na dwie części: powierzchowną – żyły podskórne, widoczne gołym okiem, w tej części powstają żylaki i głęboką – żyły położone głębiej, śródmięśniowo i przykostnie, a więc niewidoczne. 90% krwi żyłnej odpływa przez żyły głębokie, a 10% przez żyły powierzchowne. Te dwa układy połączone są ze sobą między innymi przez tak zwane żyły przeszzywające, których najwięcej jest na podudziu. Krążenie żyłne odbywa się, dzięki zastawkom żylnym w ten sposób, że krew z części powierzchownej kierowana jest do części głębokiej i potem do serca. Jeżeli uszkodzenie zastawek żylnych dotyczy również żył przeszzywających, wtedy krew z układu żylnego głębokiego przedostaje się tymi żyłami do żył podskórnych i wypełnia żylaki powodując ich powiększanie się. W takim przypadku, podczas operacji niekiedy zachodzi konieczność przecięcia żył przeszzywających, aby zapobiec pooperacyjnemu nawrotowi żylaków.

Co to jest krurioskopia?

Jest to mało inwazyjna metoda operacyjna, polegająca na wprowadzeniu pod powieź mięśni podudzia specjalnego tubusa z kamerą, odszukaniu i przecięciu niewydolnych żył przeszzywających. Chirurg obserwuje przebieg operacji na ekranie monitora telewizyjnego.

Jak przebiega operacja?

- Leczenie operacyjne przeprowadza się najczęściej w znieczuleniu rdzeniowym lub ogólnym (sposób znieczulenia jest dokładnie omawiany podczas rozmowy z anestezjologiem przed operacją). Zabiegi, podczas których podaje się środek powodujący zarastanie żyły, wykonuje się w znieczuleniu miejscowym.
- Chirurg wykonuje nacięcia skóry, poprzez które, przy pomocy specjalistycznych narzędzi usuwa odpowiednio długie odcinki żył i żylaki. Krew przepływa nadal przez niezmienione, głębiej położone żyły.
- Nacięcia zostają zeszyte, a na nogę zakładany jest uciskowy bandaż elastyczny, który utrzymywany jest do następnego dnia.
- Operacja trwa różnie długo, w zależności od rozległości i wielkości żylaków, średnio zajmuje około jednej godziny.
- Po zabiegu pacjent pozostaje w szpitalu do następnego dnia (po operacjach krurioskopowych przez dwa dni), po czym zazwyczaj jest wypisywany do domu. Szwy zdejmowane są po 7 – 10 dniach od zabiegu.

Jakie mogą pojawić się komplikacje?

Wskutek leczenia operacyjnego dojść może do powikłań, z których najczęstsze, to:

1. Rozległe siniaki i bolesne podskórne krwiaki, które najczęściej wchłaniają się same w przeciągu kilku tygodni.
2. Obrzęk operowanej kończyny, który wymaga stosowania opaski elastycznej przez około 4 tygodnie od zabiegu.
3. Zaburzenia czucia w obrębie grzbietu stopy i dolnej części podudzia, które występują u około 10% operowanych, u większości z nich ustępują w ciągu 6 miesięcy po operacji.
4. W przypadku zakażenia podskórnych krwiaków dojść może do rozwoju ropnia lub ropowicy, co wymaga leczenia chirurgicznego.
5. Zakrzepica żył głębokich – wymagająca długotrwałego leczenia przeciwzakrzepowego.
6. Inne, rzadkie i trudne do przewidzenia powikłania.

Jak przygotować się do operacji?

- Jeśli chorujesz na schorzenia takie, jak **cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, alergie 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.
- Jeśli przyjmujesz hormonalne środki antykoncepcyjne lub stosujesz hormonalną terapię zastępczą w okresie menopauzy – poinformuj o tym lekarza. W okresie okołoperacyjnym ta metoda antykoncepcji może być niewystarczająca.
- Jeśli cierpisz na próchnicę zębów – zgłoś się do dentysty i wylecz zęby odpowiednio wcześniej.
- W przypadku stosowania na stałe leków – zabierz je z sobą do szpitala w oryginalnych opakowaniach.
- Ostatni posiłek powinien być zjedzony najdalej sześć godzin przed operacją.
- Do szpitala prosimy zabrać dowód osobisty/paszport, skierowanie na operację, kapcie, piżamę, ręcznik oraz przybory toaletowe.
- W dniu zabiegu pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała. Prosimy nie balsamować nóg po kąpieli.
- **Prosimy NIE GOLIĆ miejsca operowanego, uczyni to fachowy personel bezpośrednio przed operacją.**

W wyznaczonym dniu, zazwyczaj kilka dni przed zabiegiem, odbędzie się rozmowa z anestezjologiem, podczas której zostanie ustalony sposób znieczulenia oraz sposób postępowania z lekami własnymi. Tego samego dnia pielęgniarka pobierze krew do badań niezbędnych do operacji.

Gdzie zgłosić się w dniu operacji?

W dniu operacji prosimy zgłosić się z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisana zgoda na operację, wyniki badań USG Dopplera żył i dowód ubezpieczenia) do Izby Przyjęć. 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!

Objawy, jakie powinny skłonić do wcześniejszej konsultacji medycznej.

Jeżeli w okresie oczekiwania na operację wystąpią u Pani/Pana wymienione poniżej objawy, bardzo prosimy o niezwłoczne skontaktowanie się z lekarzem kwalifikującym lub najbliższym szpitalem, udzielającym pomocy w stanach nagłych / SOR-em.

- pojawienie się bolesnego obrzmienia żyłaka połączonego z zaczerwienieniem skóry – objawy zakrzepicy żyłaków
- obrzęk kończyny, głównie stopy i podudzia, połączony z bólami przy chodzeniu - objawy zakrzepicy głębokiej
- owrzodzenie podudzia

Pobyt w szpitalu po operacji.

Po zbiegu pacjentami opiekuje się pielęgniarka dyżurna, do niej należy zwracać się w przypadku dolegliwości, bólów, chęci wstania z łóżka itp. Ponadto w oddziale szpitalnym jest lekarz dyżurny, który interweniuje w nagłych przypadkach.

W większości wypadków po zabiegu pić można niegazowane płyny bezpośrednio po powrocie do łóżka, jeśli po kilku godzinach, zawsze należy upewnić się, pytając pielęgniarki dyżurnej.

Następnego dnia po operacji odbywa się wizyta chirurga – operatora, zmienia się opatrunki i podejmuje decyzję o wypisie do domu. W przypadku wypisu pacjent otrzymuje kartę informacyjną, recepty na potrzebne leki, dodatkowe ustne zalecenia od operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Ma też wyznaczony termin kontrolnej wizyty u lekarza, który go operował.

UWAGA! Pierwszy spacer po zabiegu powinien odbyć się pod opieką pielęgniarki lub członka rodziny.

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.
- ◆ Przez pierwsze 48 godzin rany powinny pozostać suche, osłonięte opatrunkiem. Po tym czasie można zdjąć opatrunki, delikatnie umyć kończynę i wysuszyć czystym ręcznikiem. Opatrunki należy zmieniać codziennie przemywając rany środkami odkażającymi (np. octenisept) i utrzymywać je w czystości. W przypadku krwawienia z rany pooperacyjnej należy ucisnąć ranę jałowym gazikiem około 15 minut i unieść nogę. Jeśli w tym czasie krwawienie nie ustanie, należy skontaktować się z lekarzem. W przypadku zaczerwienienia, bólu i obrzęku rany pooperacyjnej oraz gorączki, również należy skontaktować się z lekarzem.
- ◆ Chodzenie na krótkich dystansach po operacji jest wskazane, ponieważ usprawnia krążenie, codziennie pokonywane odległości powinny być zwiększane.
- ◆ Do chodzenia kończyna powinna być bandażowana bandażem elastycznym od palców stopy do kolana, przy czym ucisk bandaża powinien być największy na stopie i zmniejszać się ku górze. Bandaż powinno się zakładać w pozycji leżącej na plecach, z uniesioną nogą.
- ◆ **Unikaj!** długiego siedzenia ze spuszczonej nogami, długiego stania i zakładania nogi na nogę. Nie prowadź samochodu przez tydzień po zabiegu. **Staraj się** jak najwięcej trzymać nogi uniesione.
- ◆ Pojawienie się i zwiększanie siniaków pod skórą jest zjawiskiem normalnym, podobnie występowanie podskórnych, bolesnych zgrubień w miejscu, gdzie były żyłaki i wzdłuż usuniętych żył. Umiarkowany obrzęk nogi również nie powinien budzić niepokoju. Zmiany te stopniowo ustępują, ale trwa to niekiedy kilka tygodni. Pełen powrót do sprawności zajmuje około miesiąca!

WSTĘPNY PLAN OPIEKI I LECZENIA

W oparciu o badanie podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, diagnozę oraz oszacowanie ryzyka, lekarz kwalifikujący ustalił dla Pani/Pana następujący plan postępowania przed, w trakcie i po hospitalizacji (zgodnie ze standardem OP 1.2):

DZIAŁANIA PRZEDOPERACYJNE (DIAGNOSTYKA I PRZYGOTOWANIE W DOMU):

- **KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA:** Należy zgłosić się do Rejestracji celem ustalenia terminu konsultacji (ok. 7–10 dni przed zabiegiem). Na wizycie zostanie ustalony sposób postępowania z lekami własnymi.
- **DIAGNOSTYKA:** Na ok. 7 dni przed zabiegiem należy wykonać pakiet badań krwi w laboratorium SALUS. Należy posiadać aktualny wynik USG Dopplera żył.
- **PRZYGOTOWANIE MEDYCZNE:** Osoby z chorobami przewlekłymi (cukrzyca, serce, nadciśnienie, alergie) lub przyjmujące leki przeciwkrzepliwie muszą skonsultować się z lekarzem rodzinnym. Należy wyleczyć próchnicę zębów.
- **STYL ŻYCIA:** Należy zaprzestać palenia tytoniu w okresie okołoperacyjnym (utrudnia gojenie i pogarsza wydolność oddechową).
- **HIGIENA:** W dniu zabiegu wykonać kąpiel całego ciała; nie balsamować nóg. **PROSIMY NIE GOLIĆ miejsca operowanego** – uczyni to personel bezpośrednio przed operacją.
- **DIETA:** Ostatni posiłek najpóźniej 6 godzin przed operacją.
- **ORGANIZACJA:** Zabrać piżamę, kapcie, przybory toaletowe, leki własne w oryginalnych opakowaniach oraz dokumenty: skierowanie, dowód osobisty/paszport i podpisaną zgodę.
- **OBJAWY ALARMOWE:** Przed przyjęciem, w razie wystąpienia bolesnego obrzęku żyłaka z zaczerwienieniem lub bólu nogi przy chodzeniu, należy pilnie skontaktować się z lekarzem.

POSTĘPOWANIE W ODDZIALE (OPIEKA I PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ):

- **PRZYJĘCIE:** Zgłoszenie do Izby Przyjęć celem dopełnienia formalności, badania lekarskiego i oceny pielęgniarstwa. Pacjent musi zgłosić fakt ewentualnego spożycia posiłku przed zabiegiem.
- **PRZYGOTOWANIE:** Przyjęcie do oddziału, rozmowa z operatorem i anestezjologiem.
- **OPERACJA:** Wykonanie zaplanowanego chirurgicznego usunięcia żylaków i/lub krurioskopii. Zabieg trwa ok. 1 godziny, najczęściej w znieczuleniu rdzeniowym lub ogólnym.
- **NADZÓR POOPERACYJNY:** Początkowo pobyt na Sali Intensywnego Nadzoru Medycznego. Parametry życiowe i ból monitorują pielęgniarki.
- **URUCHAMIANIE:** Pierwszy spacer musi odbyć się pod opieką pielęgniarki lub rodziny. Wstawanie możliwe wyłącznie za zgodą personelu.
- **ŻYWIENIE:** Picie płynów niegazowanych możliwe bezpośrednio po powrocie na salę, jedzenie po kilku godzinach – po zgodzie pielęgniarki.
- **WYPIS:** Następuje zazwyczaj następnego dnia (po krurioskopii po 2 dniach). Pacjent otrzymuje Kartę Informacyjną, recepty, zalecenia i termin wizyty kontrolnej.

ZALECENIA POOPERACYJNE I HARMONOGRAM KONTROLI:

- **TRANSPORT:** Należy zapewnić transport do domu (zakaz prowadzenia pojazdów i korzystania z komunikacji publicznej w dniu wypisu).
- **PIELĘGNACJA RANY:** Przez 48h rany muszą pozostać suche. Potem możliwa kąpiel i codzienna zmiana opatrunków z odkażaniem (np. Octenisept).
- **KOMPRESJOTERAPIA:** Podczas chodzenia noga musi być bandażowana bandażem elastycznym (od stopy do kolana, największy ucisk na dole). Opaskę/pończochę stosować przez ok. 4 tygodnie.
- **STYL ŻYCIA:** Unikać długiego stania, siedzenia z opuszczonymi nogami i zakładania nogi na nogę. Jak najczęściej trzymać nogi uniesione. Nie prowadzić auta przez tydzień. Powrót do pełnej sprawności zajmuje ok. miesiąca.
- **WIZYTY KONTROLNE:**
 - **7–10 dni po zabiegu:** kontrola gojenia i usunięcie szwów.
- **BEZPIECZEŃSTWO:** W razie krwawienia ucisnąć ranę na 15 min i unieść nogę. Przy gorączce, silnym bólu lub obrzęku – pilny kontakt z lekarzem (numer w karcie informacyjnej)

**ZGODA NA LECZENIE OPERACYJNE KOŃCZYN DOLNYCH
POŁĄCZONE Z PODPOWIĘZIOWYM PRZECIĘCIEM ŻYŁ PRZESZYWAJĄCYCH PODUDZIA (zabieg
krurioskopii)**

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Z pacjentką(em) przeprowadziłem rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem celowość przeprowadzenia zabiegu, oczekiwane korzyści, jego przewidywany przebieg, ryzyko i ocenę zagrożeń, możliwe powikłania (w tym skutki odległe) oraz alternatywne metody leczenia i skutki odmowy leczenia. Pacjent miał możliwość zadawania pytań, na które uzyskał wyczerpujące odpowiedzi.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE WOLI – ZGODA PACJENTA

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o rozpoznanym schorzeniu oraz proponowanym zabiegu operacyjnym. Wiem na czym ten zabieg ma polegać, jaki jest jego cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
2. Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem zabiegu, dających się przewidzieć konsekwencjach (w tym skutkach odległych) oraz skutkach rezygnacji z leczenia i zaakceptowałem/am przedstawiony powyżej wstępny plan opieki
3. Zostałem/am poinformowany/a jakie są alternatywne możliwości leczenia i mam świadomość zalet oraz wad proponowanego zabiegu.
4. Poinformowano mnie o prawie do leczenia bólu i stosowania Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej dla mojego bezpieczeństwa.
5. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań wymagających śródoperacyjnej zmiany postępowania (konwersji do metody otwartej), na co wyrażam zgodę.
6. Potwierdzam, że miałem/am czas na zapoznanie się z treścią niniejszej informacji i planu opieki w domu przed podjęciem decyzji.
7. Potwierdzam, że zapoznałem się z treścią „Regulaminu oddziału szpitalnego SALUS” i zobowiązuję się stosować do jego zapisów.
8. Ujawniłem/am wszystkie znane mi schorzenia i nie zataiłem/am istotnych informacji o stanie zdrowia.
9. Zostałem/am poinformowany/a o prawie do rezygnacji z zabiegu w każdym czasie, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w razie wystąpienia takiej konieczności, preparatów krwiopochodnych. **TAK / NIE (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ).**

Wyrażam świadomą zgodę na leczenie operacyjne kończyn dolnych połączone z podpowięziowym przecięciem żył przeszzywających podudzia (zabieg krurioskopii).

..... Imię i nazwisko pacjenta (CZYTELNIE)

..... Data i godzina podpisania zgody

..... Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

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

prawkładowym 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 I ODWIEDZIN 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 lub miejscu w oddziale. Osoby małoletnie mogą odwiedzać pacjentów tylko pod opieką dorosłego, który ponosi za nie pełną odpowiedzialność. 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 i za pośrednictwem Internetu 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.

Czynności rekomendowane i możliwe do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie we wszystkich oddziałach Szpitala SALUS:

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

Zakazane czynności do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie we wszystkich oddziałach Szpitala SALUS:

- wejście na blok operacyjny / sale operacyjne i sale nadzoru pooperacyjnego
- jakakolwiek ingerencja w zasady leczenia i farmakoterapii

§ 9

Pacjenci winni zgłaszać personelowi medycznemu wszelkie swoje dolegliwości, a także, gdy okoliczności tego wymagają, a możliwości pozwalają, dolegliwości innych pacjentów, mogące wskazywać na potrzebę pilnej pomocy.

§ 10

Pacjenci przed zabiegami powinni zgłaszać personelowi medycznemu fakt ewentualnego spożycia posiłku lub napoju.

§ 11

Pacjenci po zabiegach:

- siadają w łóżkach i/lub wstają z łóżek wyłącznie na podstawie decyzji personelu medycznego, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego
- spożywają pierwszy posiłek i wypijają napoje na podstawie decyzji personelu medycznego
- opuszczają oddział po otrzymaniu wypisu (Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego) lub na własne żądanie – wyłącznie po zgłoszeniu lekarzowi prowadzącemu, lekarzowi dyżurnemu lub Ordynatorowi i po odnotowaniu powyższego faktu w dokumentacji medycznej

§ 12

W Oddziale Szpitalnym SALUS zabronione jest:

- bieganie (dzieci) z wyjątkiem sytuacji wymagających pilnej interwencji
- wnoszenie i spożywanie alkoholu oraz palenie papierosów
- wnoszenie i pozostawianie w pokojach produktów spożywczych łatwo psujących
- wnoszenie i używanie wszelkich urządzeń zakłócających spokój pacjentów i pracę personelu
- zachowywanie się w sposób głośny, wulgarny i/lub stwarzający zagrożenie dla innych
- jakiegokolwiek zakłócanie i ingerowanie w proces leczenia i opieki nad pacjentem bez wiedzy i zgody upoważnionego personelu medycznego
- fotografowanie i filmowanie osób znajdujących się na terenie oddziału szpitalnego (art. 20 u.p.p.)

Wszelkie odstępstwa od wymienionych zasad dopuszczalne są wyłącznie za zgodą Ordynatora lub innego upoważnionego personelu medycznego Oddziału Szpitalnego SALUS.

§ 13

Produkty spożywcze łatwo psujące przyniesione przez krewnych pacjentów mogą być przechowywane wyłącznie w specjalnie do tego celu przeznaczonej lodówce, znajdującej się w szpitalnej kuchni. Pozostałe produkty spożywcze i inne mogą być przechowywane w szafkach przy łóżkach szpitalnych. Pacjenci spożywający własne pokarmy lub napoje nie powinni częstować innych pacjentów bez zgody personelu medycznego.

§ 14

Pacjenci przebywający na terenie Oddziału Szpitalnego SALUS mają zapewnioną możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym. Mogą korzystać z własnych telefonów komórkowych, bezprzewodowego telefonu stacjonarnego na oddziale oraz bezprzewodowego internetu WI-FI. Komunikacja z otoczeniem zewnętrznym powinna być prowadzona bez zakłócania spokoju oraz procesu leczenia i opieki pozostałych pacjentów i personelu medycznego.

§ 15

Pacjenci obcojęzyczni i głuchoniemi mają zapewnioną całodobową możliwość porozumiewania z personelem medycznym. Z uwagi na planowy tryb leczenia, dyżury podczas pobytu pacjentów, wymagających komunikacji w języku obcym lub migowym obsadzone są przez personel medyczny porozumiewający się w danym języku lub za zgodą obu stron na czas pobytu pacjenta zatrudniony jest tłumacz.

§ 16

Pacjenci przebywający na oddziale szpitalnym SALUS mają prawo do korzystania z opieki duszpasterskiej. Na życzenie pacjenta lub jego najbliższych personel oddziału skontaktuje się telefonicznie z duchownym wskazanego wyznania.

§ 17

Pacjenci przebywający na oddziale szpitalnym SALUS, ich rodzina, bliscy i opiekunowie mają prawo do składania skarg, wniosków i uwag ustnie - Ordynatorowi lub zastępcy Dyrektora ds. Medycznych lub pisemnie – listownie, mailem lub z wykorzystaniem skrzynek na opinie pacjentów, znajdujących się w szpitalu i przychodni SALUS.